

КИЇВСЬКИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ БОРИСА ГРІНЧЕНКА

Кваліфікаційна наукова праця
на правах рукопису

ОСТРОЛУЦЬКА ЛАРИСА ІВАНІВНА

УДК 364-57:376-056.24]-053.2-053.6(477)"199/200"

ДИСЕРТАЦІЯ
РОЗВИТОК ЦЕНТРІВ РЕАБІЛІТАЦІЇ
ДІТЕЙ ТА МОЛОДІ З ІНВАЛІДНІСТЮ В УКРАЇНІ
(90-ТІ РР. ХХ – ПОЧАТОК ХХІ СТОЛІТТЯ)

13.00.05 – соціальна педагогіка

Педагогічні науки

Подається на здобуття наукового ступеня кандидата педагогічних наук

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело
_____ Остролуцька Л. І.

Науковий керівник: Чернуха Надія Миколаївна, доктор педагогічних наук,
професор

Київ – 2021

АНОТАЦІЯ

Остролюцька Л. І. Розвиток центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю в Україні (90-і рр. ХХ – початок ХХІ століття). – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата педагогічних наук (доктора філософії) за спеціальністю 13.00.05 – «Соціальна педагогіка». – Київський університет імені Бориса Грінченка, Київ, 2021.

У дисертації охарактеризовано теоретичні засади вивчення розвитку центрів реабілітації для дітей та молоді з інвалідністю через дослідження поняття «інвалідність» у контексті сучасних наукових знань; репрезентовано аналіз концепції реабілітації дітей і молоді з інвалідністю та її суспільно-історичні зміни: від ізоляції до інтеграції і включення, використовуючи інституційний підхід; обґрунтовано шляхи розвитку центрів реабілітації для дітей та молоді з інвалідністю. Проведено структурно-функціональний аналіз системи реабілітації дітей та молоді в контексті діяльності різних міністерств для виокремлення передумов створення центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю в Україні за часи незалежності. Розглянуто батьківсько-громадський рух як індикатор суспільних потреб у реабілітації дітей та молоді з інвалідністю. Виокремлено етапи розвитку центрів реабілітації для дітей та молоді з інвалідністю в Україні. Охарактеризовано центр як форму надання якісних послуг дітям та молоді з інвалідністю (на прикладі міста Києва). Представлені перспективи розвитку центрів реабілітації дітей та молоді в системі надання соціальних послуг в Україні.

Наукова новизна й теоретичне значення одержаних результатів полягає в тому, що: *уперше* здійснено цілісне дослідження розвитку центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю в контексті соціально-історичних та парадигмальних змін; виокремлено та охарактеризовано етапи розвитку центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю у період незалежності України (пострадянський спадок, варіативний розвиток (державні та громадські ініціативи), нормування соціальних практик щодо реабілітації дітей та молоді з

інвалідністю, розбудови центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю як служб надання якісних та доступних послуг в умовах децентралізованого державного управління; розроблено типологію центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю відповідно до системи їхнього підпорядкування та напряду надання реабілітаційних послуг; запропоновано критерії оцінювання розвитку центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю у громаді; визначено перспективи розвитку центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю в системі надання соціальних послуг в Україні з урахуванням соціально-історичних та парадигмальних змін; *уточнено* сутність поняття «центр реабілітації для дітей та молоді з інвалідністю»; змістово-організаційну діяльність центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю; систематизацію реабілітаційних закладів осіб з інвалідністю; вплив горизонтальних і вертикальних соціальних зв'язків, ініційованих громадським сектором та державними інституціями, на розвиток центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю; *подальшого розвитку набули* положення щодо оптимізації процесу організації соціально-педагогічної роботи з реабілітації дітей та молоді з інвалідністю.

У дисертації поняття «центр реабілітації дітей та молоді з інвалідністю» розглядається як інтеграційний компонент, до складу якого входять: різнопрофільні фахівці, які мають відповідну освіту і кваліфікацію, володіють реабілітаційними технологіями, розвивають свої компетенції, мають сформоване відношення до інвалідності; змістово-методичне забезпечення реабілітаційної діяльності центрів; реабілітаційні (абілітаційні) програми і підходи з питань підготовки до самостійного життя і включення дітей та молоді з інвалідністю в суспільство.

Соціальна реабілітація дітей та молоді з інвалідністю розглядається як комплекс заходів на індивідуальному рівні, рівні програм чи служб (центрів). Розкрито основні етапи розвитку ідей і поглядів на реабілітацію дітей і молоді з інвалідністю та її суспільно-історичні зміни (від ізоляції до інтеграції і включення).

На основі структурно-функціонального аналізу системи реабілітації дітей та молоді з інвалідністю в контексті діяльності дев'яти міністерств установлено, що кожне міністерство має свій підхід у завданнях реабілітації, свої структури для виконання цих завдань, спеціалістів, підготовку яких здійснюють у закладах вищої освіти. З'ясовано, що система реабілітації дітей та молоді з інвалідністю формується на основі нормативно-правових документів: законів та постанов Кабінету Міністрів України, відомчих документів чотирьох міністерств (Міністерства соціальної політики України, Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства освіти та науки України, Міністерства молоді і спорту України), розпорядчих документів на рівні громади та реабілітаційної установи. У структурі соціального захисту населення виявлено такі рівні: державний (міністерства і державні служби), регіональний (департаменти, служби, місцеві ради і держадміністрації), місцевий рівень (інституції надання послуг), громади, індивідуальні користувачі (сім'я і особа). У процесі аналізу виявлено вісім типів реабілітаційних закладів дітей та молоді з інвалідністю, що підпорядковуються різним міністерствам та відомствам.

За результатами теоретичного аналізу виокремлено етапи розвитку досліджуваного явища. Презентовано чотири етапи розвитку центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю в Україні: I етап – пострадянський спадок (1991–1992), II етап – варіативного розвитку (державні та громадські ініціативи, 1992–2000), III етап – нормування соціальних практик щодо реабілітації дітей та молоді з інвалідністю (2000–2007), IV етап – розбудови центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю як служб надання якісних та доступних послуг в умовах децентралізованого державного управління (з 2007 – до цього часу).

Проаналізовано змістово-організаційну діяльність центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю. Виявлено продуктивні реабілітаційні практики роботи з дітьми та молоддю з інвалідністю, які визначали діяльність центрів реабілітації, а саме: розвиток дітей з інвалідністю, інклюзивний підхід (взаємодія дітей різної інвалідності зі звичайними ровесниками-волонтерами),

активна участь, майданчик змін ставлення до розуміння інвалідності, відповідальність і самостійність. З'ясовано, що основний зміст діяльності центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю складають такі напрями: діагностично-корекційний; розвиток дітей та молоді з інвалідністю; формування навичок соціальних компетентностей та самостійного життя; розвиток творчих здібностей; фізкультурно-спортивна активність; соціокультурна діяльність; профорієнтація; психолого-педагогічна підтримка членів сімей дітей та молоді з інвалідністю; волонтерська робота; соціалізація і програми включення.

Визначено перспективи розвитку центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю в системі надання соціальних послуг в Україні: актуалізація меж відповідальності суб'єктів соціальної реабілітації дітей та молоді в центрах реабілітації з дотриманням принципу участі та єдиних реабілітаційних цілей; врахування системи цінностей суб'єктів соціальної реабілітації; запровадження інклюзивного підходу в діяльність центрів реабілітації; делегування права професійним командам центрів реабілітації визначати її форму; визнання ключової ролі спеціалістів у наданні якісних послуг і носіїв цінностей парадигмальних змін; здійснення заходів з профілактики професійних захворювань фахівців центрів та розвиток їхніх соціально-педагогічних компетентностей; створення єдиної інтегрованої інформаційної мережі надання реабілітаційних послуг дітям та молоді з інвалідністю у громаді; організація та проведення постійно діючих освітніх заходів, обмін досвідом спеціалістів центрів реабілітації; запровадження у професійну підготовку фахівців соціальної сфери в закладах вищої освіти інноваційних спеціалізацій; організація та проведення дослідницької роботи щодо напрацювання інноваційних практик; проведення моніторингу і оцінки якості надання послуг в центрах реабілітації дітей та молоді з інвалідністю тощо.

Практичне значення одержаних результатів полягає в розробленні рекомендацій для соціальних працівників, спрямованих на підвищення якості надання соціальних послуг для дітей та молоді з інвалідністю, використанні

соціальними працівниками у практичній діяльності перспективного досвіду центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю в умовах децентралізації, державного управління, розвитку громадянського суспільства.

Теоретичні та практичні положення дисертації можуть бути використані для оновлення змісту навчальних дисциплін «Соціально-педагогічна робота з різними категоріями населення», «Соціальне партнерство в роботі з громадою»; розроблення спецкурсів «Центри реабілітації дітей та молоді з інвалідністю: реалії та перспективи», «Міжвідомча взаємодія в діяльності центрів дітей та молоді з інвалідністю», «Персональний асистент для осіб з інвалідністю»; методичних рекомендацій, підручників з актуальних питань надання соціальних послуг дітям та молоді з інвалідністю; у системі післядипломної педагогічної освіти з метою підвищення компетентності соціальних працівників щодо надання у громаді соціальних послуг сім'ям, в яких є особи з інвалідністю.

Ключові слова: інвалідність, діти та молодь з інвалідністю, центри реабілітації, розвиток, моделі надання реабілітаційних послуг, соціальні послуги, соціальний педагог, фахівець.

Список публікацій здобувача

Наукові праці, у яких опубліковано основні наукові результати дисертації

1. Остролуцька Л. І. Соціальна робота з дітьми та молоддю з інвалідністю: міфи та українська реальність. *Педагогічний альманах: Збірник наукових праць*. Херсон: КВНЗ «Херсонська академія неперервної освіти», 2012. Випуск 16. С. 242–247.

2. Остролуцька Л. І. Інституалізація соціальної роботи щодо реабілітації дітей та молоді з інвалідністю (на прикладі міста Києва). *Вісник післядипломної освіти*. Серія : «Педагогічні науки». К., 2020. № 12 (41) С. 219–237.

3. Остролуцька Л. І. Реалізація принципу участі дітей та молоді з інвалідністю у соціальній і реабілітаційній роботі. *Педагогіка формування*

творчої особистості у вищій і загальноосвітній школах. К., 2020. № 69. Т. 3. С. 74–78. DOI <https://doi.org/10.32840/1992-5786.2020.69-3.14>.

4. Остролуцька Л. І. Концепції реабілітації в контексті системних, інституційних і історичних змін. *Вісник ЛНУ імені Тараса Шевченка*, 2020. № 2 (333). С. 260–273.

5. Ostrolutska L. Public movements in formation of rehabilitation services for youth and children with disability: advantages and risks. *Intellectual Archive*. Toronto: Shiny Word. Corp. (Canada). 2020. Vol.9 (April–June). № .2. P. 42–55.

Наукові праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації

6. Остролуцька Л. Соціально-педагогічні компетенції спеціалістів соціальної роботи з дітьми та молоддю з інвалідністю та їх сім'ями. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка «Соціальна робота»*. К., 2017. № 1 (1). С. 57–63.

7. Остролуцька Л. І. Соціальна робота з дітьми та молоддю з інвалідністю: міфи та українська реальність. Частина 2. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка «Соціальна робота»*. К., 2017. № 2 (2). С. 16–19.

8. Остролуцька Л. Інформаційна довідка про співпрацю Київського міського центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді з громадською організацією «Асоціація психіатрів України» та іншими громадськими організаціями, які працюють в галузі психічного здоров'я, комунальних закладів психічного здоров'я Виконавчого органу Київської міської ради (КМДА). *Вісник Асоціації психіатрів України*. К., 2019. № 3–4. С. 5–10.

9. Остролуцька Л. І. Етапи розвитку центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю за часів незалежності України. *Scientific Journal Virtus*. 2020. № 44, Мај. Р. 127–132.

10. Остролуцька Л.І. Зміст надання послуг дітям та молоді з функціональними обмеженнями центрами соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді м. Києва. *Соціальна робота і сучасність: теорія та практика*:

матеріали між нар. наук.-прак. конф., 16-17 травня 2012 року / Б.В.Новіков, Л.М. Димитрова. К.: НТУУ «КПІ», 2012. С. 328–330.

11. Остролицька Л. І. Формування професійної термінології в соціальній роботі і результат впливу її на суспільство. *Соціальна робота: теорія, історія, інноватика*: матеріали VIII Між. Нар. наук.-практ. Конф., 15-16 травня 2014, м. Київ / М-во освіти і науки України, НТУУ «КПІ», фак. соціології і права; уклад.: А. А. Мельниченко, П. В. Кутуєв, А. О. Мігалуш. К.: Політехніка, 2014. С. 36–37.

12. Остролицька Л. І. Проблеми сімей з психоневрологічно хворою дитиною. *Соціалізація і ресоціалізація особистості в умовах сучасного суспільства*: матеріали V науково-практичної конференції / за заг. редакцією Власової О. І., Невідомої В. Г., Дембицької Н. М. К.: в-во «Віваріо», 2016 р. С. 115–117.

Наукові праці, які додатково відображають наукові результати дисертації

13. Остролицька Л.І. Особливості виховання та розвитку дітей з інвалідністю. *Підвищення виховного потенціалу прийомних батьків та батьків-вихователів*: навч.-метод. посіб. / Авт. кол.: Т. В. Бондаренко, А. А. Гришко, Т. В. Журавель, І. Д. Зверева та ін.; за заг. ред. І.Д. Зверєвої. К.: «Версо 04», 2011. С. 321–348.

14. Остролицька Л.І. Навчальна програма «Надання допомоги людям з інвалідністю у разі виникнення /загрози виникнення надзвичайних ситуацій для працівників системи цивільного захисту, закладів пенітенціарної системи, охорони здоров'я, освіти та соціального захисту» / [Уклад.: А. А. Цимбал, С.В. Шмалей, М. В. Дмитрієва, Н. Й. Дуброва, К. С. Гутченко, Л. І. Остролицька]. К., 2016. 18 с.; С. 3–5.

15. Остролицька Л. І., Луценко І. В. Соціальна робота з сім'ями, в яких є особи з інвалідністю. *Соціальна робота з вразливими сім'ями та дітьми*: посіб. у 2-х ч.; Ч 2 / А.В. Аванесова, О.В. Безпалько, Т.П. Цюман та ін.; за заг. ред. Т.В. Журавель, З.П. Кияниці. К.: ОБНОВА КОМПАНІ, 2017. С. 161–190.

ANOTATION

Ostrolutska L.I. Development of rehabilitation centers for children and youth with disabilities in Ukraine (90s of the XX – beginning of the XXI century). – Qualifying scientific work on the rights of the manuscript.

Thesis for the degree of candidate of pedagogical sciences in specialty 13.00.05 – social pedagogy. – Borys Grinchenko Kyiv University, Kyiv, 2021.

The thesis characterises theoretical foundations of studying the development of disabled children and youth centres by investigating *the disability* concept of rehabilitation centres for disabled children and youth through the study of *the disability* concept in the context of modern scientific knowledge; the analysis is represented of the rehabilitation concept as applied to disabled children and youth together with social and historical changes in the concept: from isolation to integration and inclusion; using an institutional approach; the ways of development of rehabilitation centres for disabled children and youth are substantiated. A structural and functional analysis of the system of children and youth rehabilitation has been carried out in the context of activities of various ministries to determine prerequisites for the establishment of rehabilitation centres for disabled children and youth in Ukraine since its independence. The parent-community movement is considered as an indicator of social needs in rehabilitation of disabled children and youth. The stages of development of rehabilitation centres for disabled children and youth in Ukraine are singled out. The centre is described as a form of providing quality services to disabled children and youth (where Kyiv was taken as an example). Prospects for the development of rehabilitation centres for children and youth in the system rendering social services in Ukraine are presented.

Social rehabilitation of disabled children and youth is *an object of the study*. Development of rehabilitation centres for disabled children and youth in the historical and pedagogical progress of independent Ukraine was *a subject of the study*. *Goal of this study* is to conduct a comprehensive theoretical analysis of socio-historical and paradigmatic changes in the development of rehabilitation centres for disabled children and youth in the system rendering social services in Ukraine to determine

prospects for rehabilitation centres for disabled children and youth.

The scientific novelty and theoretical significance of the obtained results is as follows: a comprehensive study of the development of rehabilitation centres for disabled children and youth in the context of socio-historical and paradigmatic changes was performed *for the first time*; the stages of development of rehabilitation centres for disabled children and youth during the independence period of Ukraine (post-Soviet heritage, variative development(state and public initiatives), regulation of social practices for rehabilitation of disabled children and youth, rehabilitation centres for disabled children and youth to be built up as institutions rendering quality and affordable services under decentralised government conditions); moreover, the typology of rehabilitation centres for disabled children and youth has been elaborated in accordance with the system of their subordination and the domain of providing rehabilitation services; criteria for evaluating development of rehabilitation centres for disabled children and youth in the community were proposed; prospects for the development of rehabilitation centres for disabled children and youth in the system of social services in Ukraine taking into account socio-historical and paradigmatic changes were identified; the essence of the *rehabilitation centre concept* for disabled children and youth *was specificated*; content and organisational activities of rehabilitation centres for disabled children and youth were determined; rehabilitation institutions for disabled persons was systematised; the influence of horizontal and vertical social relationships as initiated by the public sector and government institutions over development of rehabilitation centres for disabled children and youth were studied *for the first time as well*; provisions related to optimisation of the process of organizing socio-pedagogical work aimed at rehabilitation of disabled children and youth *have been further developed*.

The thesis considers the concept of *rehabilitation centre for disabled children and youth* as an integration component including multifunctional professionals who have an appropriate education and qualifications, have the knowledge of rehabilitation techniques, develop their competencies, possess a formed attitude to disability; know content and methodological support of rehabilitation activities of the

centres; have rehabilitation (abilitation) programs and approaches to the preparation of disabled children and youth for self-sustained life and inclusion in society.

Social rehabilitation of disabled children and youth is considered as a set of activities on the individual level, on the level of programs or agencies (centres). The main development stages of ideas and views on the rehabilitation of disabled children and youth and its socio-historical changes (ranging from isolation to integration and inclusion) are discovered. Based on the structural and functional analysis of the rehabilitation system for disabled children and youth in the context of activities of nine ministries, it is established that each ministry has its own approach to rehabilitation tasks, its own structures for implementation of such tasks, specialists trained in higher education institutions. It was found that the system of rehabilitation of disabled children and youth is formed based on the following legal documents: laws and regulations of the Cabinet of Ministers of Ukraine, departmental documents of four ministries (Ministry of Social Policy of Ukraine, Ministry of Health of Ukraine, Ministry of Education and Science of Ukraine, Ministry of Youth and Sports of Ukraine), directive documents on the community level and a rehabilitation institution. The following levels are identified in the social protection structure: governmental (ministries and public services), regional (departments, services, local councils and state administrations), local level (service rendering institutions), communities, individual users (a family and an individual). The analysis has identified eight types of rehabilitation establishments for disabled children and youth, which are subordinated to different ministries and departments.

Based on the theoretical analysis results, the development stages of the studied phenomenon are singled out. Four stages of development of rehabilitation centres for disabled children and youth in Ukraine are presented: *First stage* includes post-Soviet heritage (1991–1992), *Second stage* includes variative development (governmental and public initiatives) (1992–2000), *Third stage* implies regulation of standardisation of social rehabilitation practices regarding disabled children and youth (2000–2007), *Fourth stage* means development of rehabilitation centres for disabled children and youth as agencies rendering high-quality and affordable services under conditions of

decentralized governmental control (from 2007 up until now).

The content and organizational activity of rehabilitation centres for disabled children and youth is analysed. Productive rehabilitation practices of work with disabled children and youth were identified to determine activities of rehabilitation centres, namely: development of disabled children, inclusive approach (interaction of disabled children with ordinary peers-volunteers), active participation, platform for changing attitudes to disability, responsibility and independence. It was found that the main content of the rehabilitation centres for disabled children and youth encompasses such areas as diagnostic and correctional measures; education of disabled children and youth; formation of skills in social competencies and self-sustained life; development of creative abilities; physical culture and sports activities; socio-cultural activities; vocational guidance; psychological and pedagogical support for family members of disabled children and youth; volunteer work; socialisation and inclusion programs.

Prospects for the development of rehabilitation centres for disabled children and youth in the system of social services rendered in Ukraine are identified: the responsibility boundaries for social rehabilitation of children and youth in rehabilitation centres in compliance with the principle of participation and common rehabilitation goals were actualised; the system of values of the social rehabilitation subjects was taken into account; implementation of an inclusive approach in the activities of rehabilitation centres; delegation of the right to professional teams of rehabilitation centres to determine the rehabilitation form; the key role of specialists in rendering quality services and carriers of values of paradigmatic changes was recognised; implementation of measures for the prevention of occupational diseases of specialists of the centres and development of their socio-pedagogical competencies; organisation of a single integrated information network to provide rehabilitation services to disabled children and youth in the community; organising and holding permanent educational events together with exchange of experience between specialists of rehabilitation centres; introduction of innovative specialisations in professional training of social specialists in higher education

institutes; organisation and conduct of research work regarding development of innovative practices; monitoring and evaluating the quality of services rendered in rehabilitation centres for disabled children and youth and the like.

The practical significance of obtained results is in developing recommendations for social workers aimed at improving quality of social services for disabled children and youth, use by social workers of prospective experience of rehabilitation centres for disabled children and youth used in practice under conditions of governmental decentralisation, public administration, civic society development.

Theoretical and practical provisions of the thesis may be used to update the content of such disciplines as *Socio-pedagogical work with different categories of the population, Social partnership in working with the community*; elaboration of special courses like *Rehabilitation centres for disabled children and youth: realities and prospects, Interdepartmental Interaction in the activities of centres for disabled children and youth, Personal assistant for disabled persons*; methodical recommendations, textbooks on topical issues of rendering social services to disabled children and youth; in the system of postgraduate pedagogical education in order to increase the competence of social workers in providing social services in the community to families with disabled people.

Key words: disability, children and youth with disabilities, rehabilitation centers, development, models of rehabilitation services, social services, social pedagogue, specialist.

List of publications of the applicant

Scientific papers certifying the approbation of the materials of thesis

1. Ostrolutska L.I. Social Work With Children And Youth With Disabilities: Myths And Ukrainian Reality. *Pedagogical Almanakh: A Collection of Scientific Papers*. Kherson: Kherson Academy of Lifelong Learning, 2012. Issue 16. P.242–247.

2. Ostrolutska L.I. Institutionalization Of Social Work For The Rehabilitation Of Children And Youth With Disabilities (On The Example Of The City Of Kyiv). *Bulletin of postgraduate education*. Series: «Pedagogical Sciences». K., 2020. № 12 (41) P. 219–237.

3. Ostrolutska L.I. Implementation of the principle of participation of children and youth with disabilities in social and rehabilitation work. *Pedagogy of formation of creative personality in higher and general education schools*. K., 2020. № 69. T. 3. P. 74–78. DOI <https://doi.org/10.32840/1992-5786.2020.69-3.14>

4. Ostrolutska L.I. Concepts of rehabilitation in the context of systemic, institutional and historical changes. *Bulletin of Taras Shevchenko Luhansk National University*, 2020. № 2 (333). P. 260–273.

5. Ostrolutska L. Public movements in the formation of rehabilitation services for youth and children with disability: advantages and risks. *Intellectual Archive*. Toronto: Shiny Word. Corp. (Canada). 2020. Vol.9 (April – June). 2. P. 42–55.

Scientific papers certifying the approbation of the materials of thesis

6. Ostrolutska L. Socio-pedagogical competencies of social work specialists in their work with children and youth with disabilities and their families. *Bulletin of the Taras Shevchenko National University of Kyiv «Social Work»*. K., 2017. № 1 (1). P. 57–63.

7. Ostrolutska L.I. Social work with children and youth with disabilities: myths and Ukrainian reality. Part 2. *Bulletin of Taras Shevchenko National University of Kyiv «Social Work»*. K., 2017. № 2 (2). P. 16–19.

8. Ostrolutska L. Information reference on the cooperation of the Kyiv City Center for Social Services for Families, Children and Youth with the public organization «Association of Psychiatrists of Ukraine» and other public organizations working in the field of mental health, communal mental health facilities Executive body of the Kyiv City Council (KMDA). *Bulletin of the Association of Psychiatrists of Ukraine*. K., 2019. № 3–4. P. 5–10.

9. Ostrolutska L.I. Development Stages Of Rehabilitation Centers For Children and youth with disabilities during the independence of Ukraine. *Scientific Journal Virtus*. 2020. № 44, May. P. 127–132.

10. Ostrolutska L.I. Contents of providing services to children and youth with disabilities by the centers of social services for families, children and youth of Kyiv. *Social work and modernity: theory and practice: materials between the people*.

scientific-practical conf., May 16-17, 2012 / BV Novikov, LM Dimitrova. K .: NTUU «KPI», 2012. P. 328–330.

11. Ostrolutska L.I. Formation of professional terminology in social work and the result of its impact on society. *Social work: theory, history, innovation: materials VIII Intern. Nar. scientific-practical Conf., May 15-16, 2014, Kyiv / Ministry of Education and Science of Ukraine, NTUU «KPI», faculty. sociology and law; authorities: AA Melnichenko, PV Kutuev, AO Migalush. K .: Polytechnic, 2014. P. 36–37.*

12. Ostrolutska L.I. Problems of families with a neuropsychologically ill child. *Socialization and resocialization of the individual in modern society: materials of the V scientific-practical conference / for general. edited by OI Vlasova, VG Nevidomo, NM Dembitskaya: Vivario, 2016, P. 115–117.*

Scientific works that additionally reflect the scientific results of the dissertation

13. Ostrolutska L.I. Features of education and development of children with disabilities. Increasing the educational potential of foster parents and foster educators: training manual / Authors Team : T.V. Bondarenko, A.A. Grishko, T.V. Zhuravel, I.D. Zvereva and others; under general ed. I.D. Zvereva. K .: «Verso 04», 2011. P. 321–348.

14. Ostrolutska L.I. Curriculum «Assistance to people with disabilities in case of occurrence / threat of emergencies for employees of the civil protection system, penitentiary system, health care, education and social protection» / [Compiled by: A.A Tsymbal, S.V . Shmalei, M.V. Dmitrieva, N.Y. Dubrova, K.S. Gutchenko, L.I. Ostorolutska]. K., 2016. 18 p .; P. 3–5.

15. Ostrolutska L.I., Lutsenko I.V. Social work with families living with people with disabilities. *Social work with vulnerable families and children: a guide in 2 Parts; Part 2 / A.B. Avenesova, O.V. Bezpalko, T.P. Tuman and others; under general edition. T.V. Zhuravel, Z.P. Kievans. K .: COMPANY RENEWAL, 2017. P. 161–190.*

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ	17
ВСТУП	18
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ РОЗВИТКУ ЦЕНТРІВ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ ТА МОЛОДІ З ІНВАЛІДНІСТЮ	27
1.1. Поняття інвалідності в контексті сучасних наукових знань	27
1.2. Парадигмальні зміни в підходах до реабілітації дітей і молоді з інвалідністю	49
1.3. Інституційний підхід до вивчення розвитку центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю	65
Висновки до розділу 1	75
РОЗДІЛ 2. ПЕРЕДУМОВИ СТВОРЕННЯ ЦЕНТРІВ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ ТА МОЛОДІ З ІНВАЛІДНІСТЮ В НЕЗАЛЕЖНІЙ УКРАЇНІ	79
2.1. Батьківсько-громадський рух як індикатор суспільних потреб щодо реабілітації дітей та молоді з інвалідністю	79
2.2. Структурно-функціональний аналіз системи реабілітації дітей та молоді у контексті діяльності різних міністерств	98
2.3. Етапи становлення і розвитку центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю в Україні	114
2.4. Аналіз запитів на реабілітаційні послуги дітей та молоді з інвалідністю	139
Висновки до розділу 2	156
РОЗДІЛ 3. ЦЕНТР ЯК ФОРМА НАДАННЯ ЯКІСНИХ ПОСЛУГ ДІТЯМ ТА МОЛОДІ З ІНВАЛІДНІСТЮ (на прикладі міста Києва)	160
3.1. Змістово-організаційні аспекти розвитку центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю	160
3.2. Реабілітаційні практики як напрями роботи центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю	184
3.3. Перспективи розвитку діяльності центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю	209
Висновки до розділу 3	228
ВИСНОВКИ	232
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	235
ДОДАТКИ	267

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я

ООН – Організація Об'єднаних Націй

ЮНІСЕФ – Дитячий фонд Організації Об'єднаних Націй

МКФ-ДП – Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я дітей і підлітків

МКФ – Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я

МКХ-10 – Міжнародна статистична класифікація хвороб та проблем пов'язаних зі здоров'ям Десятого перегляду

ЗУ – Закон України

КМУ – Кабінет Міністрів України

МОЗ – Міністерство охорони здоров'я України

МОН – Міністерство освіти і науки України

ВПУ – Всесвітня Психіатрична Асоціація

МПК – медико-педагогічна комісія

ПМПК – психолого-медико-педагогічна консультація

ІРЦ – інклюзивно-ресурсний центр

НРЦ – навчально-реабілітаційний центр

ЛКК – лікарсько-консультативна комісія

МСЕК – медико-соціальна експертна комісія

ІПроі – індивідуальна програма реабілітації осіб з інвалідністю

ІПр – індивідуальна програма розвитку (в системі МОН)

ССМ – соціальні служби для молоді

ЦСССДМ – центри соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді

ССС – спеціалізовані соціальні служби

ЦСПРДМФО – центри соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями

ГО – громадські організації

ЦРДМ – центри реабілітації дітей та молоді (з інвалідністю)

ВСТУП

Актуальність теми. Курс України на побудову демократичного суспільства з високими соціальними стандартами якості життя актуалізує різні аспекти дослідження та переосмислення вітчизняного досвіду соціальної роботи, пошук відповідей на виклики часу та визначення перспектив подальшого розвитку. Серед багатьох сегментів сучасної соціальної роботи в Україні, включення дітей та молоді з інвалідністю в життя суспільства, є пріоритетним напрямом, в якому центри реабілітації займають ключове місце.

У 90-х роках ХХ століття в Україні, як на державному так і громадському рівнях, започатковано систему соціальних послуг для дітей та молоді з інвалідністю. У 2009 році Україною ратифіковано Конвенцію ООН про права осіб з інвалідністю, яка унормовує питання реабілітації, включення та інтеграцію дітей та молоді з інвалідністю у суспільне життя.

Нині в Україні відбуваються зміни моделі щодо надання реабілітаційних послуг дітям та молоді з інвалідністю – з медичної, соціальної і правової на біопсихосоціальну, що ґрунтується на утвердженні цінностей самостійного способу життя і прав осіб з інвалідністю. У руслі змін відбувається вдосконалення системи надання відповідних соціальних і реабілітаційних послуг, здійснення заходів із забезпечення зайнятості та працевлаштування; формування інклюзивного суспільства та створення умов соціальної інтеграції, безперешкодного середовища, зокрема для маломобільних груп. На часі забезпечення активної взаємодії державних органів та громадських організацій, ефективна діяльність центрів реабілітації осіб з інвалідністю, у тому числі дітей та молоді.

Різновекторні питання соціальної реабілітації є предметом вивчення вітчизняних і зарубіжних науковців та практиків. Загально-технологічні підходи щодо соціальної реабілітації осіб з інвалідністю досліджували вітчизняні науковці: Н. Бастун, Н. Бутенко, О. Глоба, Н. Гусак, І. Іванова, Н. Комарова, А. Кунцевська, Р. Кравченко, Р. Левін, М. Мамчура, О. Молчан, Т. Семигіна, А. Скорбатюк, А. Тиганов; зарубіжні вчені: Ж. Вилкен,

Р. Дарлинг, Н. Дементьева, Н. Корельська, О. Красюкова-Енс, Д. Райкус, М. Селігман, А. Уорд, Т. Хаммарберг, Д. Холландер, О. Холостова, О. Ярська-Смирнова.

Вивченню особливостей соціально-педагогічної роботи з дітьми та молоддю з інвалідністю присвячені праці сучасних українських та зарубіжних дослідників: О. Безпалько, Ю. Богинська, Г. Бурова, О. Глоба, А. Капська, Н. Комарова, Н. Мирошніченко, І. Пінчук, С. Толстоухова, А. Шевцов; у тому числі із сім'ями, що виховують дітей з інвалідністю: Т. Алексеєнко, Б. Бейкер, Н. Бутенко, Н. Грабовенко, Н. Заверико, М. Карпа, З. Кияниця, М. Лехолетова, Т. Лях, І. Макаренко, М. Радченко, Т. Соловійова. Різні питання соціальної реабілітації осіб з інвалідністю висвітлено Н. Гусак, І. Кравченко, О. Молчан. Проте, питання роботи центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю отримали лише опосередковане представлення у наукових дослідженнях, зокрема, у контексті вирішення питань соціалізації, профорієнтації (Л. Коваленко, Н. Мирошніченко, А. Тиганов), соціальної адаптації (А. Кунцевська, К. Молчанова, Ю. Популященко), формування життєвих компетентностей дітей з інвалідністю в центрах ранньої соціальної реабілітації (В. Ляшенко), фізичної культури в реабілітаційних центрах (О. Яшна). У деяких роботах приділяється увага професійному рівню фахівців, які надають реабілітаційні послуги (Т. Веретенко, Т. Єжова, К. Молчанова, Г. Першко) і управлінському (О. Бацман, О. Бісмак, Д. Дехтяренко), однак, у цих працях розвиток центрів та специфіка їхньої діяльності подані опосередковано. Відтак, в українському науковому просторі залишаються не достатньо дослідженими проблеми розвитку центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю.

Актуальність дослідження зумовлена низкою *суперечностей* між:

– інтенсивним розвитком системи центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю та відсутністю цілісного дослідження розвитку центрів реабілітації для дітей та молоді в Україні;

– спадком пострадянської системи централізованого підвідомчого підпорядкування закладів надання реабілітаційних послуг дітям та молоді з

інвалідністю та сучасними тенденціями демократизації їхньої діяльності в умовах децентралізації та міжвідомчої взаємодії;

– зростаючими потребами суспільства у наданні якісних соціально-реабілітаційних послуг дітям та молоді з інвалідністю та сучасним станом розбудови інклюзивного простору в українському суспільстві.

Актуальність окресленої проблеми, її недостатня науково-теоретична розробленість в українській соціальній педагогіці, визначені суперечності зумовили вибір теми дисертаційного дослідження **«Розвиток центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю в Україні (90-ті рр. ХХ – початок ХХІ століття)»**.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Робота виконана відповідно до наукової теми Інституту людини Київського університету імені Бориса Грінченка «Особистість в умовах суспільних трансформацій сучасної України» (державний реєстраційний номер 0116U002960) та наукової теми кафедри соціальної педагогіки та соціальної роботи Київського університету імені Бориса Грінченка «Соціальне становлення особистості в умовах суспільних трансформацій» (державний реєстраційний номер 0116U003295).

Тему дисертації затверджено вченою радою Київського університету імені Бориса Грінченка (протокол від 29.05.2014 № 5) та узгоджено в Міжвідомчій раді з координації наукових досліджень у галузі освіти, педагогіки і психології НАПН України (протокол від 17.06.2014 № 6).

Мета дослідження – здійснити цілісний теоретичний аналіз соціально-історичних та парадигмальних змін у розвитку центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю у системі надання соціальних послуг в Україні, визначити перспективи розвитку центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю.

Завдання дослідження:

1. Здійснити теоретичне дослідження розвитку центрів дітей та молоді з інвалідністю в контексті соціально-історичних та парадигмальних змін.

2. Виокремити та охарактеризувати етапи розвитку центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю в незалежній Україні та розробити їхню класифікацію.

3. Проаналізувати змістово-організаційну діяльність центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю.

4. Виокремити та обґрунтувати перспективи розвитку центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю в системі надання соціальних послуг в Україні.

Об'єкт дослідження – соціальна реабілітація дітей та молоді з інвалідністю.

Предмет дослідження – розвиток центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю в історико-педагогічному поступі незалежної України.

Теоретико-методологічну основу дослідження становлять особистісний, діяльнісний, системний, соціокультурний підходи до аналізу соціально-педагогічних явищ і процесів; концептуальні положення філософської, психологічної, соціологічної, педагогічної та соціально-педагогічної наук про розвиток особистості; теоретичні основи соціальної реабілітації, що дозволяє врахувати як потреби користувача послуги так і специфіку реабілітаційної сфери (Т. Дехтяренко, І. Зверєва, М. Кравченко, А. Шевцов); концепція соціальної реабілітації осіб з інвалідністю (О. Безпалько, А. Капська, В. Мартинюк, А. Шевцов) та комплексної реабілітації, що ґрунтується на трьох категоріях послуг щодо надання підтримки, створення програм, розвитку служб (Ж. Вілкен, І. Іванова, Т. Семигіна, Д. Холландер, А. Шевцов), а також праці науковців з питань організації соціально-психологічної та соціально-педагогічної роботи з сім'ями у складних життєвих обставинах (А. Алексеєнко, К. Галік, І. Зверєва, Н. Клішевич, Г. Кукуруза, І. Луценко, Ж. Петрочко); дослідження розвитку концепцій інвалідності (Н. Бак-Міккельсон, М. Войсей, Д. Вольперт, Б. Нір'є, Р. Перске, Е. Робертс); підготовка соціальних працівників та супервізії персоналу для підвищення ефективності діяльності служб із надання соціальних послуг (О. Гук, Т. Веретенко, А. Капська, Н. Клименко, О. Мартинчук, С. Толстоухова, Л.Смерчак, Н. Чернуха та ін.).

Для розв'язання поставлених завдань дисертаційної роботи використано комплекс **методів:** *загальнонаукові* (аналіз, синтез, систематизація, узагальнення) – для обґрунтування вихідних теоретичних положень, формулювання базових понять дослідження; *історико-структурний* – з метою виокремлення та характеристики етапів розвитку центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю; *аналітичний* – для визначення змістово-організаційної діяльності центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю, визначення перспектив їхнього розвитку в системі надання соціальних послуг в Україні.

Хронологічні межі дослідження охоплюють період незалежної України (1991–2020). Вибір *нижньої межі* дослідження (1991) пов'язано з початком розвитку соціальної реабілітації дітей та молоді з інвалідністю в незалежній Україні. Вибір *верхньої межі* (2020) обумовлений введенням у дію нової редакції Закону України «Про соціальні послуги», в якому визначено єдині вимоги до надавачів соціальних послуг (державних, комунальних, недержавних).

Джерельну базу дослідження становлять нормативно-правові акти, що регулюють систему реабілітації дітей та молоді з інвалідністю в досліджуваній період, зокрема нормативні документи Міністерства освіти і науки України, Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства соціальної політики України, реорганізованого Міністерства у справах молоді та спорту України; архівні документи, зокрема, фонди Київського міського центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді; нарративні джерела: статті, що опубліковані на сторінках педагогічної преси, що виходили друком у досліджуваній період, монографії різного часу видання, що висвітлюють окремі питання становлення та розвитку соціальної педагогіки, статистичні звіти, буклети. Джерельну базу дослідження становлять також дисертації, збірники наукових праць, науково-педагогічна періодика, інформаційні ресурси (сайти) організацій і установ, що займаються питаннями реабілітації дітей та молоді з інвалідністю.

Наукова новизна й теоретичне значення одержаних результатів полягає в тому, що: *уперше* здійснено цілісне дослідження розвитку центрів

реабілітації дітей та молоді з інвалідністю в контексті соціально-історичних та парадигмальних змін; виокремлено та охарактеризовано етапи розвитку центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю в період незалежності України (пострадянський спадок, варіативного розвитку (державні та громадські ініціативи), нормування соціальних практик щодо реабілітації дітей та молоді з інвалідністю, розвиток центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю як служб надання якісних та доступних послуг в умовах децентралізованого державного управління); розроблено типологію центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю відповідно до системи їхнього підпорядкування та напряму надання реабілітаційних послуг; запропоновано критерії оцінювання розвитку центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю у громаді; визначено перспективи розвитку центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю в системі надання соціальних послуг в Україні з урахуванням соціально-історичних та парадигмальних змін; *уточнено* сутність поняття «центр реабілітації для дітей та молоді з інвалідністю»; змістово-організаційну діяльність центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю; систематизацію реабілітаційних закладів осіб з інвалідністю; вплив горизонтальних і вертикальних соціальних зв'язків, ініційованих громадським сектором та державними інституціями, на розвиток центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю; *подальшого розвитку набули* положення щодо оптимізації процесу організації соціально-педагогічної роботи з реабілітації дітей та молоді з інвалідністю.

Практичне значення одержаних результатів полягає в розробленні рекомендацій для соціальних працівників, спрямованих на підвищення якості надання соціальних послуг для дітей та молоді з інвалідністю, використанні соціальними працівниками у практичній діяльності перспективного досвіду центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю в умовах децентралізації, державного управління, розвитку громадянського суспільства.

Теоретичні та практичні положення дисертації можуть бути використані для оновлення змісту навчальних дисциплін «Соціально-педагогічна робота з

різними категоріями населення», «Соціальне партнерство в роботі з громадою»; розроблення спецкурсів «Центри реабілітації дітей та молоді з інвалідністю: реалії та перспективи», «Міжвідомча взаємодія у діяльності центрів дітей та молоді з інвалідністю», «Персональний асистент для осіб з інвалідністю»; методичних рекомендацій, підручників з актуальних питань надання соціальних послуг дітям та молоді з інвалідністю; у системі післядипломної педагогічної освіти з метою підвищення компетентності соціальних працівників щодо надання соціальних послуг у громаді сім'ям, в яких є особи з інвалідністю.

Результати дослідження **впроваджено** в освітній процес Інституту людини Київського університету імені Бориса Грінченка (акт про впровадження від 27.11.2020 р. № 70-н), Відкритого міжнародного університету розвитку людини «Україна» (довідка про впровадження від 18.01.2021 р. № 2302); діяльність комунальної установи Сумської обласної ради Сумського обласного центру комплексної реабілітації для дітей та осіб з інвалідністю (довідка про впровадження від 18.12.2020 р. № 1151/2), навчально-реабілітаційного центру «Джерело» м. Львів (довідка про впровадження від 27.10.2020 р. № 628), комунального закладу «Гніванський центр соціальних послуг «Джерело» (довідка про впровадження від 18.11.2020 р. № 16), Київського міського центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді (довідка про впровадження від 16.10.2020 р. № 051/0614), ЦСПРДМФО Оболонського району м. Києва (довідка про впровадження від 17.11.2020 р. № 01-26-03), ЦСПРДМФО Дарницького району м. Києва (довідка про впровадження від 20.11.2020 р. № 96.1/01-05), ЦСПРДМФО Солом'янського району м. Києва (довідка від 01.12.2020 р. № 108/413-122), громадської організації «Асоціація психіатрів України» (довідка про впровадження від 23.11.2020 р. № 1-121д).

Особистий внесок здобувача. Репрезентовані в дисертації наукові результати отримано автором самостійно. У навчальній програмі «Надання допомоги людям з інвалідністю в разі виникнення/загрози надзвичайних ситуацій для працівників системи цивільного захисту, закладів пенітенціарної системи, охорони здоров'я, освіти та соціального захисту», опублікованій у

співавторстві з А. А. Цимбал, С. В. Шмалей, М. В. Дмитрієвою, Н. Й. Дубровою, К. С. Гутченко, особистий внесок автора полягає в розробленні теми 1 «Людина з інвалідністю. Основи спілкування з особами з різними категоріями інвалідності». У другій частині посібника «Соціальна робота із вразливими сім'ями та дітьми» (авт. кол.: А.В. Аванесова, О.В. Безпалько, Т. П. Цюман та ін.; за заг. ред. Т. В. Журавель, З. П. Кияниці) здобувачем у співавторстві з І. В. Луценко розроблено розділ 5 «Соціальна робота з сім'ями, в яких є особи з інвалідністю», в якому авторським внеском є підрозділи: «У чому полягає сутність інвалідності як ознаки вразливості?», «Як впливає ознака інвалідності на функціонування сім'ї, на дитину?», що висвітлюють практичний досвід, форми соціальної роботи з отримувачами соціальних послуг. У навчально-методичному підручнику «Особливості виховання та розвитку дітей з інвалідністю. Підвищення виховного потенціалу прийомних батьків та батьків-вихователів» (авт. кол.: Т. В. Бондаренко, А. А. Гришко, Т. В. Журавель, І. Д. Зверева та ін.; за заг. ред. І. Д. Звереві) здобувачем розроблено тему 2.12.1. «Особливості виховання та розвитку дітей з інвалідністю».

Апробація результатів дослідження. Теоретичні положення та результати дослідження оприлюднювалися на науково-практичних конференціях різного рівня: *міжнародних* – «Соціалізація і ресоціалізація особистості в умовах сучасного суспільства» (Київ, 2016), «Розвивальний потенціал сучасної соціальної роботи: методологія та технології» (Київ, 2018), «Інклюзивне освітнє середовище: проблеми, перспективи, кращі практики» (Київ, 2019; 2020); *з міжнародною участю* – «Соціальна робота в контексті соціокультурних змін» (Київ, 2016); *всеукраїнських* – «Соціальне становлення особистості в умовах суспільних трансформацій: наукові підходи та сучасні практики» (Київ, 2017), «Мистецька педагогіка: традиції та інновації (теоретичні та практичні аспекти)» (Київ, 2018); *форумах і конгресах* – «Інклюзія в новій українській школі: виклики сьогодення» (Київ, 2017), «Дитина у тривожному середовищі: практики розвитку та відновлення» (Київ, 2017); *круглих столах* – «Моніторинг дотримання прав осіб з інвалідністю

(дітей з інвалідністю) у контексті Конвенції ООН про права інвалідів» (Острог, 2015), «Актуальні питання працевлаштування молоді з інвалідністю в м. Києві» (Київ, 2017); *публічній презентації* концепції створення «Єдиного реабілітаційного простору» у місті Києві для сімей, які виховують дітей та молодь з інвалідністю (Київ, 2018); *практичних конференціях* – «Найкращі практики соціальної роботи, соціально-психологічної реабілітації дітей, молоді з інвалідністю та сімей: реабілітація на рівні громади» (Київ, 2015), «Кращі практики соціальної роботи з дітьми та молоддю з інвалідністю, їх сім'ями: реабілітація на рівні громади м. Києва» (Київ, 2016), «Незалежне життя дітей та молоді з інвалідністю: реабілітація на рівні громади» (Київ, 2017); *Всеукраїнському науково-практичному семінарі* – «Організація комплексної допомоги дітям з психофізичними вадами: освітні, соціальні та медичні послуги» (Львів, 2014).

Публікації. Результати дисертації опубліковано у 15 наукових працях, серед яких: 12 – одноосібних, 3 – у співавторстві; 4 з них опубліковано у наукових фахових виданнях України, 1 – в іноземному періодичному виданні, 4 – у збірниках наукових праць, 3 – у збірниках матеріалів науково-практичних конференцій; 1 – посібник, 1 – навчально-методичний посібник, 1 – навчальна програма (опубліковані у співавторстві).

Структура та обсяг дисертації. Дисертація складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, який налічує 295 найменувань (із них 9 іноземних джерел) на 32 сторінках, 19 додатків на 60 сторінках. Загальний обсяг дисертації становить 326 сторінок. Обсяг основного тексту складає 214 сторінок. Робота містить 9 рисунків та 14 таблиць.

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ РОЗВИТКУ ЦЕНТРІВ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ ТА МОЛОДІ З ІНВАЛІДНІСТЮ

1.1. Поняття інвалідності в контексті сучасних наукових знань

Для розв'язання поставлених завдань дисертаційної роботи у першому розділі нами використано *методи*: загальнонаукові (аналіз, синтез, систематизація, узагальнення) – для обґрунтування вихідних теоретичних положень, формулювання базових понять дослідження.

Історичний розвиток зафіксував численні зміни щодо розуміння місця людини у суспільстві, де спершу (до середини ХХ ст.) людина трактувалася виробником матеріальних та духовних благ, цінність якого визначалась з погляду його «корисності». За таких умов та внаслідок своїх порушень людина з інвалідністю трактувалася як неповноцінна: вона або залишалася зі своїми проблемами наодинці, або змушена була пристосовуватися до суспільства чи проживати у спеціально відведених місцях інституалізаційного догляду. Отже, перший підхід у розумінні інвалідності як такий, що пов'язаний зі станом здоров'я людини, поставив в основу медичну модель розуміння «інвалідності» [154].

Ствердження *медичної моделі* в ХІХ і ХХ століттях набуло сили завдяки прогресу медичної практики і науки, що надало можливість напрацювати розуміння інвалідності, де біологічною і медичною основою є порушення функціонування структури тіла, що пов'язані з медичними захворюваннями. Ця медична модель інвалідності розглядає інвалідність як особисту проблему і націлена на лікування або догляд. Недолік даної системи полягає у розгляданні її як власної проблеми особистості, а не як проблеми суспільства, де найбільшою меншиною в кожному суспільстві є люди з інвалідністю [35; 230, с. 13–18].

Наразі зміни історичного погляду поставили акцент на соціальному контексті, де обмежені функціональні можливості людини розглядаються як наслідок того, що існуючі соціальні умови не дозволяють їй самореалізуватися та досягнути самостійності (соціальна модель трактування людини з

інвалідністю). У 1960-70-ті роки медичне трактування інвалідності було оскаржено громадським рухом осіб з інвалідністю за незалежне життя і напрацьовані соціальні підходи, у 80-ті роки сформувалась *соціальна модель* розуміння інвалідності [93; 151; 143; 66]. Ці підходи зосереджувались на соціальних бар'єрах і явищі дискримінації. Інвалідність стали розуміти як суспільну проблему, а не особисту, і організаційні рішення сфокусували на усуненнях соціальних бар'єрів і дискримінації.

Із прийняттям у 2006 році Конвенції ООН про права людей з інвалідністю набув свого розвитку правовий підхід в *правовій моделі* розуміння інвалідності [207; 229]. У контексті цього напрямку проблема інвалідності постає в ракурсі «нерівність можливостей при рівності прав» і ставить питання розбудови суспільного устрою життя, де кожна людина може віднайти своє місце у соціальній системі, що розбудовується його членами, у тому числі і людьми з інвалідністю. Сама Конвенція не створила нових прав, вона зробила існуючі права людини доступними для людей з інвалідністю, враховуючи їхні потреби і великий спектр інвалідності, що передбачає такі складові: 1) захист і сприяння в реалізації прав, надання послуг, пов'язаних з інвалідністю; 2) прийняття заходів щодо зміни ставлення та поведінки з усунення стигматизації та маргіналізації осіб з інвалідністю; 3) налагодження політики, законодавства і програм, що ліквідуватимуть бар'єри та гарантуватимуть здійснення цивільних, культурних, економічних, політичних та соціальних прав осіб з інвалідністю [84]. Важливим для нас є ст. 19 зазначеної Конвенції, в якій визначається право на самостійне життя осіб з інвалідністю у громаді, що складається з: 1) права вибору; 2) персональної допомоги; 3) доступності до послуг і об'єктів громадського користування. Право вибору стосується самостійних рішень щодо місця і способу життя [181, с.17], (Додаток А).

У світовій практиці все більше набуває поширення *біопсихосоціальна модель* трактування розуміння інвалідності, інтегруючи всі вище названі пріоритети: медичні показники психофізіологічного стану людини,

середовищні чинники та проактивну позицію самої людини, правові засади соціального ствердження кожного члена суспільства [230, с.13-18].

Відтак, у трактуванні поняття інвалідності відіграють роль такі показники: стан здоров'я людини, рівень її функціональності та самостійності в опануванні побутовим, соціальним, професійним життям та ступінь її ймовірної уразливості. Варто зазначити, що традиційно розуміння здоров'я трактувалося як відсутність хвороби, травм, порушень певного спектру. Однак, визначення ВООЗ (1946) істотно розширює це поняття: здоров'я – це «стан повного фізичного, душевного і соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороби і фізичних дефектів» [268]. Здоров'я є цінним ресурсом, який дозволяє людям вести особистісно, соціально і економічно продуктивне життя, надаючи їм можливість вільно працювати, вчитися і активно брати участь у житті сім'ї і громади. Доцільно взяти до уваги, що на стан здоров'я людини впливає широкий спектр особистісних, економічних, соціальних чинників і чинників середовища. Ці чинники, зазвичай, звані детермінантами здоров'я, є цікавими і цінними для дослідження: генетичний чинник; індивідуальна поведінка і спосіб життя; зайнятість та умови праці; освіта; мережі соціальної підтримки; культура; стать; природне середовище; медико-санітарне обслуговування [182; 228]. Саме закладений у перелік захворювань Міжнародної статистичної класифікації хвороб та проблем пов'язаних зі здоров'ям Десятого перегляду (МКХ-10) відносяться і захворювання, які можуть спричинити інвалідизацію [128].

Наразі МКХ, яка націлена на діагностику хвороб, травм і порушень, містить три відмінні один від одного класифікаційні системи, кожна з яких відноситься до різних наслідків хвороби: 1) класифікація порушення представляє розлади на рівні конкретного органу; 2) класифікація знижень працездатності відображає наслідки порушення у вигляді обмеження або відсутності здатності здійснювати діяльність у рамках норми, вона відображає розлад на рівні людини; 3) класифікація соціальної недостатності характеризує порушення, при яких людина може виконувати лише обмежено або не може виконувати зовсім звичайну для його положення роль у житті. Зазначена

класифікація вперше наголосила на зміні підходу до встановлення інвалідності. Однак, практика показала, що окремі її компоненти і життєві обмеження не адаптовані до дітей, не враховують вікові, поведінкові реакції дитини [128; 237]. Загалом МКХ орієнтовано на «наслідки хвороби», тобто на ті порушення, які можуть призвести до інвалідизації і, відповідно, потребують певної системи соціального забезпечення людей з інвалідністю. Класифікатор, зосереджуючись на порушеннях у стані здоров'я, не мав ресурсів для диференційної діагностики щодо ресурсів людини та її соціального контексту розвитку.

Історичний перехід до сучасної біопсихосоціальної моделі реабілітації осіб з інвалідністю спершу був зафіксований представленням ВООЗ у 1980 році у Міжнародній класифікації ушкоджень, порушень життєдіяльності та інвалідності (МКП), що у 2001 року була представлена ВООЗ як удосконалена версія цієї класифікації – Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я, а з 2007 року – як версію МКФ для дітей та підлітків (Додаток Б). Наразі МКП і МКФ одночасно застосовує доповнюючи одна одну класифікаційні системи. Перша орієнтована на медичний аспект і розглядає порушення (симптоми) як складові хвороби, що потребують діагностування і медичного втручання, друга визначає соціальний аспект, де складники добробуту (наприклад, освіта і праця) пов'язані зі складниками здоров'я [127]. Відтак, соціальний та особистісно-правовий компонент постали як провідні у реалізації завдань медичної та фізичної реабілітації осіб з інвалідністю. При цьому, медична концепція трактування хвороб залишається в основі надання реабілітаційних послуг як гаранта відновлення фізичного здоров'я людини та її функціональної спроможності щодо самостійного життя і нормативно закріплюється у Міжнародній статистичній класифікації хвороб та проблем, пов'язаних зі здоров'ям (МКХ), наразі 11 перегляду 2019 року (МКХ), який вступить у силу 1 січня 2022 року, що привело до зміни парадигми в медичних послугах з медицини захворювань до медицини здоров'я [128; 35].

Цей контекст постав предметом уваги нової класифікації, яка була затверджена 22 травня 2001 року на 54-й сесії асамблеї ВООЗ – «Міжнародна

класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я» (МКФ), була введена в 2001 році у світову спільноту, і в 2017 році – у законодавство України [127; 193]. МКФ є класифікацією Групи міжнародних класифікацій ВООЗ, яка має багатоцільове призначення для використання в різних дисциплінах і галузях: медицина, управління охороною здоров'я, освіта, соціальний захист, страхування, працевлаштування, соціальна політика, законодавство і ін. З огляду на можливість опису за допомогою МКФ показників здоров'я і показників, пов'язаних зі зміною здоров'я, вона може бути застосована не лише для визначення порушень у розвитку організму людини, а й ресурсів для її соціального становлення як самостійного громадянина. МКФ орієнтується не на «наслідки хвороби» (як МКХ), а на «складові здоров'я». «Складові здоров'я» визначають, з чого воно складається, у той час як «наслідки хвороби» звертають увагу на ті впливи, які можуть надавати захворювання і інші зміни здоров'я на кінцевий результат. МКФ також містить перелік факторів зовнішнього середовища, що описують довкілля, в якому живе індивід, а також взаємодію або складні взаємини між зміною здоров'я і різними факторами (чинниками зовнішнього середовища, особистісними факторами). МКФ є науковим інструментом для послідовного порівняння на міжнародному рівні інформації про здоров'я і інвалідність. Саме МКФ фіксує нову парадигмальну модель інвалідності: біопсихосоціальну – розглядає людину в системі соціально-правових координат [47].

Важливим досягнення міжнародної спільноти є створення у 2016 р. Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я дітей та підлітків (далі МКФ-ДП), прийнятою ВООЗ. МКФ-ДП дає визначення складових здоров'я і пов'язаними зі здоров'ям складових добробуту: активність і участь. У дітей і підлітків ці складові містять функції уваги, пам'яті, і сприйняття, активність і участь, включають ігрову діяльність, формування навичок, сімейне життя і освіту в різних доменах. Цей класифікатор об'єднує різні сфери життя людини з інвалідністю з урахуванням особистої ролі та робить інвалідність міждисциплінарним поняттям (МКФ-ДП).

Важливим є залучення особи чи дитини з інвалідністю до планування реабілітаційних та відновлювальних заходів. Цей підхід приніс концептуальні зміни в підходах реабілітації [126].

Науковий аналіз показав, що державна політика, домінуюча концепція розуміння інвалідності та моделі реабілітації знаходяться у позиціях, які обумовлюють одна одну. Наразі, згідно з домінуючим підходом науковці і спеціалісти виокремлюють різні типи моделей розуміння осіб з інвалідністю, зокрема О. Беспалько, А. Капська, Е. Холостова – за політичними підходами (медична, соціальна, політико-правова, культурного плюралізму) [13; 95; 272]; О. Ярська-Смірнова – за розвитком змін у суспільстві (медична, соціальна, політико-економічна, конструктивізму, політичної/культурної меншини, незалежного життя, людської різноманітності, постмодерністська) [285]; О. Красюкова-Енс за ідеологічними чинниками (моральна, благодійна, медична, реабілітаційна, економічна, соціальна, британська, Handikap, культурна, правозахисна) [9, с. 28-33].

У дослідженні інвалідність розглядатиметься як явище різнобічне, пов'язане з рівнем соціального, культурного, освітнього, політичного, економічного розвитку суспільства, у спектрі соціальної реабілітації. Виокремимо, що діти з інвалідністю – це діти з фізичними, інтелектуальними, сенсорними, ментальними порушеннями та їхнім поєднанням різних видів і ступеню порушення, потребують комплексної допомоги внаслідок соціальних, психологічних, медичних обмежень. Обмеження життєдіяльності в дітей спричинює соціальну депривацію, стигматизацію, дезадаптацію, порушення розвитку дитини, може спричинити втрату контролю за своєю поведінкою, а також здатності до самообслуговування, пересування, орієнтації, спілкування, трудової діяльності в майбутньому.

Тематичний аналіз поняття «інвалідності» зазначає, що при формуванні різних рівнів соціальної політики стосовно дітей, молоді та осіб з інвалідністю в нашій державі, спостерігаються тенденції переходу з «медичної» на «соціальну» чи «правовову» модель. Що у свою чергу позначається на змісті та

якості заходів, спрямованих на зменшення негативних наслідків «інвалідності». Розуміння причин цих змін приведе до формування належних підходів в організації процесів реабілітації і соціальних послуг для дітей та молоді з інвалідністю на рівні громади, підготовки спеціалістів у відповідності до цих парадигм. Таким чином, вважаємо за необхідне зупинитись на деяких історичних подіях другої половини ХХ ст., які вплинули на формування наукових підходів, є визнаними у соціальній реабілітації осіб з інвалідністю у світі і, у свою чергу, вплинули на становлення біопсихосоціальної моделі інвалідності.

Провідну роль у змінах розуміння інвалідності відіграв громадський рух осіб з інвалідністю ще у 60-х роках ХХ століття, що зніціювався у Північній Америці та Європі та поширився по всьому світу під лозунгом: «Нічого про нас без нас». Засновником його вважають Е. Робертса, який, маючи важку форму інвалідності, вступив до університету Берклі (штат Каліфорнія) і впроваджував ідею самостійного життя людей з інвалідністю у світі. Згідно з цією ідеєю, людина з інвалідністю є частиною суспільства і має жити в суспільстві. Е. Робертс вважав хибним сприйняття людей з інвалідністю як пацієнтів, яких потрібно лікувати або як дітей, за якими потрібно доглядати, ані як героїв, якими варто захоплюватися. Він наголошував, що людина важких форм інвалідності сама здатна обирати як жити і самостійно звертатися за допомогою, але для цього потрібно створити умови. Цей рух отримав назву *незалежного життя*. Унікальним було те, що учасниками руху були особи з інвалідністю з дитинства, які вимагали від держави фінансування реабілітації, доступної освіти, можливості працевлаштуватись. Сама назва «незалежне життя» мала філософське значення, інвалідність у цьому контексті розглядалась як бар'єр, що не надавав право людині приймати рішення і вільно обирати спосіб життя, будувати взаємозалежні відносини з іншими членами суспільства. У цьому підході люди з інвалідністю розглядались як кращі експерти своїх потреб і тому можуть контролювати і управляти своїм життям: робити вибір (обирати послуги і постачальників послуг); зменшувати психологічну і фізичну залежність від іншої людини (бути максимально самостійними за допомоги

реабілітації, технічних засобів і умов середовища); ризикувати чи мати право на успіх чи провал (право на помилку); нести відповідальність за рішення і дії; мати самовизначення і самостійність [60; 93; 226].

Цей рух заклав ґрунтовні підходи для формування методології послуг, умов включення в суспільство осіб з інвалідністю, вплинув на формування принципів Конвенції ООН про права осіб з інвалідністю: це людина з інвалідністю має брати активну участь в усіх аспектах життя тою мірою, яку обире; виконувати різні соціальні функції і ролі, у тому числі навчатись, працювати, управляти своїм житлом, створювати сім'ю, відпочивати, відстоювати свої права і виконувати обов'язки громадянина. Для того, щоб людина з інвалідністю, особливо важких і комбінованих форм, мала можливість приймати рішення і визначати свої дії вся система медичної, освітньої, соціальної і реабілітаційної підтримки має містити формування світогляду самостійності, створювати допоміжні послуги та технології, надавати необхідну фінансову підтримку, персональну допомогу для досягнення рівних можливостей. Потрібно зазначити, що цьому руху і його впливу на світову соціальну роботу, засади соціальної реабілітації осіб з інвалідністю не приділяється значна увага українських науковців, лише А. Шевцов досліджував вплив концепції «незалежного життя» на соціально-реабілітаційну роботу [277]. Світова наукова спільнота ретельно дослідила це явище (Г. ДеДжонг) і визначають два важливих досягнення руху: соціально-політичні зміни (переорієнтація з догляду на реабілітацію і включення) і філософію (формування світогляду особи з інвалідністю самостійно планувати своє життя, визначати перед собою такі ж цілі і завдання, як інші члени суспільства) [287; 60; 93; 112; 226; 15].

Доречно приділити особливу увагу важливому поняттю, яке привело до широких міжнародних дебатів у 1970-1980-х роках, переоцінці розуміння потреб, послуг для людей з інвалідністю, розуміння справедливості і рівноцінності – це поняття «*нормалізація*». Принцип нормалізації був розроблений у шістдесяті роки ХХ сторіччя Бенгтом Нірє зі Шведської

асоціації дітей з розумовою відсталістю і американською службою соціального забезпечення. Він порівняв умови життя осіб однієї вікової категорії з інвалідністю і без, виявивши розбіжності стилю життя і соціальну несправедливість. Він зазначав, що у осіб з інвалідністю не змінюється життя у відповідності до вікових потреб, не має можливостей впливати на своє життя, особи з інвалідністю не мали можливості жити активним життям і перебували в ізоляції від суспільства. На вирішення цих питань Б. Нірє (1969) розробив підхід, який був наближений до звичайного стилю життя з урахуванням потреб вікових груп, і включав в себе питання житла, матеріального рівня, способу життя, свободи вибору та ін. [225, с.28; 66]. Він зазначав, що дитина з інвалідністю має такі ж потреби як і інші діти, важлива з яких у любові і прийнятті, що стимулює її до розвитку; дитина з інвалідністю є дитиною і має вести життя найбільш наближене до своїх звичайних ровесників; кращим місцем для розвитку дитини є дім і держава має сприяти, щоб діти з інвалідністю виховувались у сім'ях; вчитися можуть всі діти і навіть зі складними порушеннями розвитку. За визначенням Б. Нірє, звичайний стиль життя для будь якої людини складає: 1) звичайний режим дня (робота, відпочинок і вільний час); можливість самому планувати свій день і змінювати режим дня за своїм бажанням та можливість жити в одному місці, а працювати в іншому; 2) звичайний ритм тижня. Таке ж, як і у інших членів суспільства, чергування робочих і вихідних днів; 3) звичайний ритм року (свята і відпустка такі ж, як у інших людей); 4) звичайний розвиток життєвого циклу (дитинство, підлітковий вік, юність, зрілість і старість); 5) повага і право на самовизначення; 6) звичайні для даної культури форми статевого життя; 7) звичайні для даної країни економічні форми і права; 8) звичайні для даного суспільства вимоги до навколишнього середовища і житлових стандартів. Б. Нірє вважав, що ці позиції мають закріплюватись нормативно і ціннісно, які стають загальними для суспільства. У Норвегії з 1967 р. концепція нормалізації стала офіційним принципом у державній соціальній політиці [238, с. 21-32]. Нормалізація стала теорією роботи соціальних служб Великої Британії, Європи,

Північної Америки, Ізраїлю, Австралії і інших частинах світу в питаннях роботи з особами важких форм інвалідності, як спосіб і умови життя максимально наближені до звичайних умов повсякденного життя суспільства. У США теорія нормалізації почала застосовуватись на початку 1970-х років, як одна із самих довготривалих і сильних інтеграційних теорій для осіб з важкими формами інвалідності [225, с.77-110]. Теорію нормалізації вивчали і вітчизняні дослідники з питань соціальної роботи (І. Іванова) [82; 83], психології і раннього втручання (Г. Кукуруза) [110], концептуальних основ інклюзивної освіти (А. Колупаєва, О. Мартинчук, Ю. Найда, Н. Софій та ін.) [101, с. 5-19; 120; 121, с. 13-60; 249]. Цей досвід привів до нового погляду на інвалідність: не як медичної проблеми, а соціальної. На сьогодні концепція «нормалізації» визиває суперечливі позиції в наукових колах, що інклюзивний підхід змінив погляд на процеси нормалізації людей з інвалідністю і проголошує необхідність створювати умови для включення, а не лише інтеграції. І ми вважаємо ці позиції перспективними для розвитку концепцій, розуміючи, що українське суспільство набуває досвіду впровадження інклюзивного підходу. Усе ж для питань соціальної реабілітації і соціальної роботи ціннісні надбання концепції нормалізації є актуальними і потребують розгляду з упровадженням у практичну роботу.

Наступний важливий для нашого дослідження підхід «гідність ризику» набув популярності в 1970-х роках, який окреслив правові підходи при взаємодії спеціалістів і осіб з інвалідністю, концепція наголошувала на взаємовпливі важливих для особистості засадах: самовизначення і права на розумний ризик, на почуття гідності і самооцінки. Концепція впроваджувала ідеї інтеграції людей з інвалідністю в суспільство, а не «захисті». Ця теорія є однією з перших, яка всебічно вивчала системи відповідно до екології людини. Теорія підтримувала рух з деінституціалізації та інтеграції, формувала правову основу для освіти, працевлаштування, життя в суспільстві, медичного обслуговування і громадянства. Концепція була сформованою в 1972 році Робертом Перске у статті «Гідність ризику і розумова відсталість» і

застосовувалась для осіб з інтелектуальною інвалідністю, потім поширилась на всі групи представництв людей з інвалідністю, осіб з порушенням психічного здоров'я, дітей (особливо з інвалідністю) [293], осіб похилого віку. У 1980 році Джуліан Вольперт у статті «Гідність ризику» зазначив, що патерналістичний підхід до людей з інвалідністю, пріоритизація захисту прав окремих осіб на незалежне прийняття рішень є обмеженням особистої свободи. Дозвіл людям, які знаходяться під опікою, на ризик може сприйматися як конфлікт обов'язків опікунів у догляді. Тим не менш, концепція наголошує, що надмірний захист, занижені очікування від людини з інвалідністю наносять шкоду її гідності і самооцінці. Право на невдачу і гідність ризику є одним із основних принципів руху незалежного життя осіб з інвалідністю [295].

Починаючи з 1983 року багато країн використовують «social role valorization» (SRV) – переоцінку соціальної ролі, як засіб пояснення і систематизації поняття нормалізації. У психології, освіті і соціальній роботі валоризація соціальних ролей розумілась як аналіз людських стосунків і соціальних послуг, сформований Вольфом Вольфенсбергером. По-перше, цей погляд наголошував, що у людей з інвалідністю такі самі потреби як у решти (будинки, сім'я, друзі, робота, захоплення, участь у культурному і політичному житті). Це було корінною зміною поглядів на формування послуг людям з інвалідністю, де акцент робився на відхиленнях від норми і було відправною опорою на класифікаціях осіб з інвалідністю, розміщення в інституалізаційних закладах. По-друге, важливим у погляді нормалізації є погляд на людину з інвалідністю як члена суспільства з такими ж правами як у інших людей. SRV – це теорія відносин емпіричних знань для проектування і надання формальних і неформальних послуг і відношення до людей з будь-якою потребою або станом, які є знеціненні і виключенні з життя суспільства. Підвищення ролі в суспільстві спрямоване на усунення соціальних і психологічних травм заподіяним вразливим людям і їхньому близькому оточенню [290].

Данець Нільс Ерік Банк-Міккельсен (1980) зауважував, що нормалізація – це насамперед юридичні та адміністративні принципи рівності всіх перед

законом. Громадянство є більш ґрунтовним доповненням до ідеї рівноцінності, що привело до змін законів і утвердженню прав для всіх пригнічених груп. Нове розуміння інвалідності містило оптимістичний погляд на потенціал розвитку особистості. Це було викликом домінуючим поглядам медичної моделі, при яких психічні проблеми і порушення розвитку вважались статичними і хронічними станами. Нові знання, що порушення розвитку – це динамічний стан, на який можна впливати [291].

Погляди нормалізації внесли зміни у підходи соціальної роботи з сім'ями, які репрезентував американський дослідник М. Войсей (1975), він зазначив, що батьки дітей з інвалідністю прагнуть до нормалізації із-за того, що інші особи і організації (асоціації батьків, автори журнальних статей для батьків, священики, різні спеціалісти), які допомагають у догляді за дитиною, очікують від них «нормальності». Вони допомагають батькам зрозуміти своє становище і підказують, що вони мають справлятися якнайкраще з проблемами дитини. М. Войсей вважав, що батьки створюють засади нормалізації, яка містить такі чинники: 1) прийняття неминучого («таке могло трапитися з кожним»); 2) відмова від довгострокових очікувань («переживати неприємності в міру їхнього надходження»); 3) перевизначення понять хорошого і поганого («в порівнянні з іншими нам ще пощастило»); 4) відкриття справжніх цінностей («більше радієш успіхам своєї дитини, коли розумієш, що їх могло б і не бути»); 5) позитивна оцінка страждання («завдяки йому ми стаємо ближче один до одного») і 6) позитивна оцінка «інакшості» («для нього самого краще, що він такий»). Хоча компоненти нормалізації можуть відрізнятися в залежності від соціального статусу та інших субкультурних факторів, у цілому нормалізований стиль життя для батьків дітей шкільного віку в американському суспільстві містить наступне: 1) один або обоє батьків працюють; 2) діти отримують відповідну їхнім потребам освіту; 3) є доступ до адекватної медичної допомоги; 4) є адекватне житло; 5) налагоджені соціальні зв'язки з рідними та друзями; 6) є час для відпочинку; 7) є свобода відвідування

громадських місць; 8) доходів сім'ї вистачає для підтримки прийнятого в сім'ї стилю життя [238, с. 78-79].

Громадський рух ветеранів війни з інвалідністю в США в 1950-х роках за доступне середовище, громадський рух за незалежне життя (громадянські права) осіб з інвалідністю в 1960–1980-х роках, рух нормалізації вплинули на виникнення і формування *концепції універсального дизайну*. *Доступність* стає умовою забезпечення прав осіб з інвалідністю на самостійне і повне життя в суспільстві. Перші зміни відбулись після Другої світової війни: в США прийнято Закон про архітектурні бар'єри (1968); в Великій Британії створено Центр доступного середовища (1969), який в своїй роботі використовує підходи нормалізації; Рада Міністрів Європи прийняла резолюцію F.A.P. (72) 5 «Про планування та оснащення приміщень з метою доступності осіб з фізичною інвалідністю» (1971) [284].

Американський архітектор Майкл Біднер (1970) розширив ідею доступності, яку розглядав як усунення фізичних і ментальних бар'єрів для людей різних видів інвалідності, що заважають розкриттю їхнього потенціалу [9, с. 105-107]. Фізична доступність розширила можливості людей з інвалідністю в доступі, але не змінила їхнього статусу і сегрегаційного підходу у виокремленні їх як спеціальної гупи. Вивчення і усунення соціально-психологічних, сенсорних, інтелектуальних, ментальних, фізичних, культурних бар'єрів створювало умови для зниження рівня допомоги і послуг для осіб з інвалідністю. Проте підхід зі створення безбар'єрного середовища звужував соціальну політику, обмежуючи створенням умов для конкретних груп населення, так як фіксував погляд на бар'єрах. Крім того, в різних країнах ці питання вирішувались по-різному. Інший американський архітектор Рональд Мейс в Університеті Північної Кароліни в США заснував Центр доступного житла (1989) і змінив назву на Центр універсального дизайну, де вперше були розроблені сім принципів універсального дизайну і застосовано термін «універсальний дизайн». На думку Рона Мейса, під поняттям універсального дизайну розумілось використання продукції, послуг, архітектурного і

інформаційного середовища всіма групами людей без необхідності адаптації чи спеціалізованого дизайну. Цей підхід включав в себе також формування нормативно-правових документів з урахуванням потреб всіх членів суспільства без виокремлення. Універсальний дизайн включає в себе допоміжні присторії, спеціальні можливості та розумне пристосування. Сім принципів складаються з: рівноправного використання; гнучкого використання; простого та інтуїтивного використання; сприйняття інформації, незалежно від сенсорних можливостей користувачів; терпимістю до помилок; низького рівня фізичних зусиль; наявності необхідного розміру та простору [284].

Варто зазначити, концепцію універсального дизайну почали використовувати в різних галузях: архітектурі, освіті, медицині, транспорті, сфері обслуговування та інформаційно-комунікативній сфері, політиці, плануванні. Універсальний дизайн – це підхід, який враховує потреби різних категорій населення (дітей, осіб похилого віку, вагітних жінок, осіб з інвалідністю тощо) при прийнятті рішень, яке задовольняє всіх і змінює ситуацію. Врахування принципів універсального дизайну зафіксовано в Конвенції ООН про права осіб з інвалідністю, МКФ, Резолюції Томар ResAP (2001) 1 Комітету Міністрів Ради Європи про введення принципів Універсального проектування і дизайну до всіх навчальних програм професій, що працюють у галузі будівництва життєвого середовища [284].

Для дослідження питань розвитку наукових підходів до поняття інвалідності вважаємо необхідним розглянути теорію екосистем Бронфенбреннера, яка сформувалась в 1970–1980-х роках як теорія розвитку людини [109; с. 60]. Теорія екосистем є однією з ключових у соціалізації дітей та молоді з інвалідністю. Психолог Урі Бронфенбреннер визначив чотири групи чинників, що мають вплив на соціалізацію людини: 1) мікросистема (сім'я, умови життя, умови розвитку); 2) мезосистема (взаємовідносини в різних групах, в яких перебуває людина: родичи, сусіди, ровесники, друзі і оточення близького оточення тощо); 3) екзосистема (недержавні і державні інститути); 4) макросистема (норми культури і субкультури, цінності, світогляд, що домінує

в суспільстві тощо). Він розглядав розвиток як кола систем, які знаходяться в більш широких колах, усередині яких знаходиться дитина. На теорію екосистем У. Бронфенбреннера посилалися зарубіжні дослідники М. Селігман та вітчизняні дослідники О. Беспалько, І. Зверева, А. Капська в розробці засад соціальної роботи з сім'ями, в яких виховуються діти з інвалідністю та соціально-педагогічної діяльності з дітьми та молоддю, з інвалідністю у тому числі.

Після проголошення ООН Міжнародного року осіб з інвалідністю (1981) та під час проведення десятирічної Всесвітньої програми дій стосовно осіб з інвалідністю (1982–1992) [33], почав формуватись підхід з включення осіб з інвалідністю в усі сфери життя суспільства. Спочатку цей підхід розглядався як створення рівних можливостей і інтеграції осіб з інвалідністю. Інтеграцією розуміли як пристосування людини з інвалідністю до суспільного життя [249]. При чому економічна і соціальна інтеграція розглядалась як процес і мета одночасно, а одним із засобів досягання цих цілей – реабілітація людей з інвалідністю [232]. З 2000-х років стали розглядати підхід з включення (інклюзії) людей з інвалідністю в усі сфери життя і цей процес є взаємний для суспільства і особи з інвалідністю. Зауважимо, що у міжнародному документі «Стратегія ООН з включення людей з інвалідністю» (2019) зазначено три підходи: 1) два взаємопов'язані компоненти; 2) комплексний характер; 3) координація. У першому підході, який має назву «два взаємопов'язаних компоненти» зазначається, що питання інвалідності потрібно вирішувати системно в усіх галузях життя суспільства, без виокремлення людей з інвалідністю в окрему групу, що інвалідність – це міждисциплінарна проблема. Другий компонент цього підходу акцентує увагу на тому, що при інклюзії мають зберігатись цільові програми для людей з інвалідністю. Ціль таких програм – включення людей з інвалідністю в суспільство. Другий підхід стратегії – це комплексність, яка розглядається як врахування всіх чинників, таких як стать, вік, місце проживання, що є важливим для розуміння потреб людей різного віку і середовища, в якому вони проживають. Цей підхід також має враховуватись при плануванні послуг і програм. Третій підхід – це

координація, що має бути послідовною і скоординованою для прискореного процесу, вивчення досвіду і забезпечення включення людей з інвалідністю [263]. Для нашої роботи цей підхід є важливим, він наголошує на включенні дітей та молоді з інвалідністю в суспільне життя на рівні з іншими членами суспільства і створені необхідних умов для їх активної участі одночасно.

Сутність наукових підходів до інвалідності характеризувались у термінології. Існує різноманіття визначень інвалідності, сформованих з різних поглядів. В міжнародних нормативних документах визначення інвалідності відображало зміни у підходах і розумінні поняття інвалідності. 44 сесія Парламентської асоціації Ради Європи від 5 травня 1992 року визнала інвалідність як обмеження у можливостях, обумовлене фізичним, психологічними, сенсорними, соціальними, культурними, законодавчими та іншими бар'єрами, які не дозволяють людині бути інтегрованою у суспільство і брати участь у житті сім'ї, чи суспільства [232]. Поняття «особа з інвалідністю» за термінологією Всесвітньої організації охорони здоров'я складається з трьох складових: медичної, функціональної і соціальної. А саме: інвалідність є структурним порушенням, який діагностують (*impairments*), ці порушення можуть привести до втрати або недосконалості навиків необхідних для діяльності (*disability*), що може створити умови для соціальної дезадаптації, неуспішної чи уповільненої соціалізації (*handicap*), тому наголошує на необхідності проведення профілактичних заходів, реабілітації і процесу соціалізації [230, с.15]. Конвенція прав осіб з інвалідністю (2006) наголошує, що розуміння інвалідності еволюціонує, об'єднує людей «...зі стійкими фізичними, психічними, інтелектуальними або сенсорними порушеннями, які при взаємодії з різними бар'єрами можуть заважати їх повній та ефективній участі в житті суспільства на рівні з іншими...» [207]. МКФ визначає інвалідність як «парасольковий термін» для визначення порушень, обмеження діяльності чи обмеження участі, які є наслідком взаємодії між людиною і середовищем [127].

У термінологічному визначенні виокремлюються рівні: 1) особистісний рівень (мікрорівень): особа зі «стійкими розладами функцій організму»; 2) рівень суспільства/ громади (екзо-, мезорівень): «при взаємодії із зовнішнім середовищем може призводити до обмеження її життєдіяльності»; 3) державний рівень (макрорівень): «створити умови для реалізації нею прав нарівні з іншими громадянами та забезпечити її соціальний захист» [207; 109, с.60]. «Функціонування» – це термін, що містить в собі всі функції організму, активність і участь. «Обмеження життєдіяльності» – це термін, що містить в собі порушення, обмеження активності і обмеження участі. Чинники навколишнього середовища визначають бар'єри і перешкоди або елементи, що полегшують функціонування [127; 126]. Таким чином, інвалідність більше не розглядається як лінійна модель (наслідок захворювання особи) – її розуміють як інтерактивну модель – це комплекс умов, пов'язаних з динамічною взаємодією особистісних чинників особи, чинниками навколишнього середовища і станом здоров'я людини.

З початку незалежності нашої держави підходи до інвалідності змінювались під впливом міжнародного законодавства, потреб суспільства і наукових досліджень. Ставлення до порушень у розвитку дітей в 90-х роках ХХ століття орієнтувалось на корекцію до «норми» і розглядалось як аномалія чи дефект, і було наслідком підходів дефектологічної науки Радянського Союзу, все ще орієнтованої на корекцію до «норми». Діти, направлялись на навчання до інтернатних закладів Міністерства освіти України, ті діти які визнавались на той час «ненавчуваними» влаштовувались в інтернатну систему догляду Міністерства соціального забезпечення України. У цей час сформувалась термінологія, яка відображала розуміння і ставлення до інвалідності: «ненормальні діти» (Г. Россолімо, Г. Трошина, А. Бине, початок ХХ ст.), «дефективний» (1920-ті р.), «аномальний» (Л. Виготський, 1930-ті р.), «неповноцінний», «діти з порушеннями» (1970-ті), «з обмеженими можливостями» (І. Харді, 1988 р.) [106; 163; 108; 99]. Ми бачимо, що акцент з невідповідності до «нормального» розвитку змінювався до розуміння

різноманітності розвитку людини. У радянській медичній галузі відбулись певні відходи від процесу розвитку світової наукової думки щодо людей з інвалідністю, спричиненою політичною позицією СРСР у використанні психіатрії як каральної. Таким чином, радянські науковці не відвідували міжнародних конференцій, не друкували наукові дослідження у світових наукових журналах, не мали змогу слідкувати за розвитком у світовій психіатрії [32, с.427]. Відгуком створеної тоді системи маємо в сучасній Україні ст. 143 п.3 Сімейного Кодексу України, що батьки можуть залишити дитину в пологовому будинку, якщо дитина має «істотні вади фізичного або психічного розвитку» [243].

За часів незалежної України відкрились можливості приєднатись до вивчення досвіду інших країн і надбань світової науки в питаннях інвалідності. Формування і розвиток громадського руху людей з інвалідністю, впровадження засад професійної соціальної роботи і соціальної педагогіки, створення системи соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, центрів реабілітації та розробка нормативно-правового законодавства надали можливість Україні впроваджувати світові підходи до питань інвалідності. Науковий та практичний пошук підходів щодо трактування інвалідності проявився у численних дебатах щодо термінології.

На основі міждисциплінарного аналізу наукових та літературних джерел, міжнародних нормативно-правових актів, наукових теорій і досліджень проаналізовано еволюційну трансформацію поняття інвалідності в Україні. Серед наукових праць присвячених дослідженню термінології особа з інвалідністю варто зазначити наукові доробки І. Звереві [73; 74], О. Беспалько [13], А. Капської [94; 95], Т. Семігіної [261], Н. Мирошніченко [124; 125], Г. Першко [175], І. Іванові [82; 83], А. Тютті [83], С. Богданова [22], С. Корнієнко [106], М. Бук [24], А. Шевцова [278; 279; 280] та ін. У контексті розвитку дитини В. Тарасенко (2005) пропонувала внести зміни до національного законодавства і ввести термін «дитина з обмеженими можливостями» [265], Г. Булова (2010) впровадила термінологію «особа з

обмеженими можливостями» [25], І. Козуб (2010) вводить поняття «особи зі зниженою працездатністю» [100], А. Шевцов (2010) пропонує використовувати термінологічне словосполучення «особа з обмеженнями життєдіяльності» [280], Г. Першко (2011) упровадила термінологію «діти з особливостями психофізичного розвитку» [175], В. Мартинюк (2016) наголошує на «діти з обмеженням життєдіяльності» [153]. Доцільно визначити, що підходи, які зосереджені на «нефункціональності людини» та її стану «здоров'я» продовжують підкреслювати вплив медичної моделі інвалідності на професійну спільноту, що відображаються у різних класифікаційних системах.

Зокрема, С. Корнієнко (2011) зазначила, що на сучасному етапі розвитку України важливим є впровадження норми міжнародного законодавства у вітчизняну правову систему, спеціальний понятійний апарат стосовно осіб з інвалідністю та дітей з інвалідністю має формуватися на основі міжнародних документів, які ратифікованих Україною. Конвенція про права осіб з інвалідністю передбачає основні стандарти забезпечення та захисту прав людей з інвалідністю. Відповідно до цих стандартів люди з інвалідністю повинні бути повноправно включені в загальний соціальний процес, оскільки кожна людина особистість, яка має свої потреби, життєві пріоритети, право на духовний розвиток. При цьому в центрі уваги перебуває уже не інвалідність, а сама людина з інвалідністю, яка має бути здатна, наскільки це можливо, самотійно жити в суспільстві [106; 190].

На такому ж розподілі наголошує М. Бук (2014), що науковці різних галузей розглядають поняття інвалідності у трьох позиціях: юридичному, соціальному, медичному [24]. Юридичний аспект, наголошує на правових і соціальних наслідках інвалідності: припинення чи зміни професійної діяльності, встановлення пільг, призначення різних видів соціальної допомоги. Соціальний аспект у розумінні інвалідності, на думку М. Бука, відповідає поняттю «соціальна дезадаптація», яка виникає внаслідок необлаштованого середовища під потреби осіб з інвалідністю. У медичному аспекті акцент ставиться на негативний стан здоров'я, етіологію патологічного процесу, зміни

порушення функцій організму, адаптаційні та компенсаційні можливості організму, клінічний прогноз захворювання. В педагогічній літературі зустрічається термінологія «особливі освітні потреби», яка визначена в Концепції про інклюзивну освіту в Україні.

Таким чином, поняття інвалідності еволюціонує з розвитком наукової думки, досягнень людей з інвалідністю, руйнування стереотипів та розвитку суспільства. Науковці зазначають, що термінологія має бути коректною, не формувати нові стереотипи (герой, особливі), не закріплювати вкорінені стереотипи (бідні, хворі, нужденні), не фіксувати медичні діагнози, не вживати сленг та образи, не виокремлювати. Термінологія має відповідати принципам і підходам Конвенції з прав осіб з інвалідністю: людина на першому місці [207]. Зауважимо, що за часів незалежності України у соціальній сфері, соціальній роботі і соціальній педагогіці термінологія тільки формується. Термінологія щодо інвалідності стає універсальною, підкреслює міждисциплінарний підхід і інтерактивність. У формуванні термінології сучасною умовою є думка самих людей з інвалідністю. Важливі вимоги правового світового руху осіб з інвалідністю за незалежне життя зафіксовані в міжнародно-правових документах, і також, принесли зміни в коректність мови щодо інвалідності. Одна із вимог є «спочатку особистість, потім інвалідність». В Україні в 2016-2017 рр. відбулися зміни в нормативно-правовій базі з питань урегулювання термінів, відповідно до вимог Конвенції прав осіб з інвалідністю, і введено поняття «дитина з інвалідністю», «особа з інвалідністю». Тенденції змін розуміння інвалідності зафіксовано в національній нормативній базі. Наприклад, в Законі України «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні» з 1991 по 2020 роки відбулося 45 змін [204]. В Законі України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» з 2005 по 2020 рік внесено 22 зміни [209]. Наразі, згідно із законодавством України зазначається, що «...інвалідністю є міра втрати здоров'я (у зв'язку з захворюваннями, травмами і їх наслідками, вродженими вадами), що при взаємодії із зовнішнім середовищем може призводити до обмеження життєдіяльності особи,

внаслідок чого держава зобов'язана створити умови для реалізації нею прав нарівні з іншими громадянами та забезпечити їй соціальний захист...» [209]. Дискримінація за ознакою інвалідності забороняється [204].

Зазначасмо, що в контексті соціальної реабілітації важливими є розуміння особливостей адаптації, соціалізації, інтеграції та включення осіб з інвалідністю різних видів інвалідності. Цей підхід не є медичним, так як не розділяє людей за захворюваннями, а навпаки враховує потреби і створює умови для планування послуг і реабілітаційних заходів. У Конвенції ООН про права осіб з інвалідністю (2006) визначають такі види інвалідності, як: фізична, сенсорна, інтелектуальна, ментальна або їхні поєднання (табл. 1.1.)

Таблиця 1.1.

Диференціація порушень згідно з Конвенцією ООН про права осіб з інвалідністю (розширена диференціація порушень)

Вид	Порушення
Фізична інвалідність	<ul style="list-style-type: none"> - Порушення опорно-рухового апарату (ампутації, травми хребта, хвороби кісткової системи, аномалії тощо); - захворювання центральної нервової системи; - хвороби м'язової системи; - хвороби суглобів; - хвороби судин; - соматичні захворювання; - захворювання внутрішніх органів; - хвороби крові; - тощо
Сенсорна інвалідність	Порушення одного з почуттів: <ul style="list-style-type: none"> - порушення зору; - порушення слуху; - порушення нюху, смаку; - порушення балансу; - сомато-сенсорні порушення
Інтелектуальна (когнітивна) інвалідність	Розумова відсталість (дорівнює 70 одиницям або нижче при індивідуально проведеному IQ-тестуванні). Рівні враженості розумової відсталості: <ul style="list-style-type: none"> - легка розумова відсталість від 50-55 до 70IQ - помірна розумова відсталість від 35-40 до 50-55IQ - тяжка розумова відсталість від 20-25 до 35-40IQ - глибока розумова відсталість нижче 20-25IQ - не уточнена розумова відсталість

Ментальна інвалідність	Порушення психіки та поведінки: - психічні захворювання; - емоційно-вольові порушення; - епілепсія; - аутизм; - синдром Дауна
Мультиінвалідність	Поєднання різних видів інвалідності та ступеню їхнього порушення

Джерело: [164, с.163]

Візьмемо до уваги умови, що приводять до інвалідності: генетична, вроджена, набута. Інвалідність може бути: комбінована, прогресуюча, невидима, тимчасова, статична, спричиняти біль. Люди з інвалідністю бувають: різного віку, різні за статтю, різні за рівнем матеріального статку, різної раси та національності, різними за культурним розвитком і різним ставленням до своєї інвалідності. Ступені інвалідності: легка, помірна, тяжка, глибока, не визначена. Усе це важливо розуміти при плануванні та здійсненні соціальної роботи, реабілітаційних заходів з дітьми і молоддю з інвалідністю. Варто зазначити, що Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я дітей і підлітків (МКФ-ДП) визначає величини і вираження порушення: 1) відсутні порушення (ніяких, відсутні, незначні у межах 0-4%); 2) легкі порушення (незначні, слабкі – 5–24%); 3) помірні порушення (середні, значущі – 25-49%); 4) тяжкі порушення (високі, інтенсивні – 50–95%); 4) абсолютні порушення (повні – 96-100%); 5) не визначене; 6) не застосовується [126; 47].

Отже, зміни у розумінні поняття інвалідності відбулися із накопиченням і розвитком наукових знань, що сприяло створенню нових підходів до розв'язання проблем інвалідності в суспільстві. Вагомий вплив на зміни парадигм приніс міжнародний рух осіб з інвалідністю за незалежне життя, який вніс концепцію «не робіть для нас без нас», «спочатку людина, потім інвалідність»; концепцію нормалізації життя (наближеного до звичайного, переоцінки соціальних ролей, теорія гідності, рівність перед законом, гідність і право ризикувати); доступності і універсального дизайну; інтеграції і включення. Відбувся перехід від медичного втручання до біопсихосоціального

підходу, де важливу роль грає середовище і доступність послуг. Міжнародна термінологія акцентує увагу не тільки на причинах і функціональних наслідках інвалідності, але звертає увагу на соціальний аспект життя і особисті якості. Це є три рівні взаємозалежних компонентів: організм (біологічний рівень) – індивідуум (психологічний рівень) – особистість (соціальний рівень). З розвитком суспільних процесів і історичних змін розвивається міжнародне законодавство, яке зафіксувало правовий підхід у соціальній роботі з особами з інвалідністю, реабілітації, освіти, медицині. Біопсихосоціальний підхід вніс розуміння ролі самої людини з інвалідністю, щодо якості її життя, важливість залучення її до процесів прийняття рішень.

1.2. Парадигмальні зміни в підходах до реабілітації дітей і молоді з інвалідністю

Аналіз наукових джерел показав, що питання реабілітації осіб з інвалідністю, зокрема дітей та молоді, співпадають із соціальними моделями розуміння самого поняття інвалідності, а також розвиток концепцій реабілітації осіб з інвалідністю мають вплив на зміни парадигм у соціальній політиці держав, соціальної роботи і реабілітації. Якщо в 40-і роки ХХ століття основою політики щодо хронічно хворих та осіб з інвалідністю були їхній захист і догляд за ними (так звана концепція альтернативних потреб), то з 1950-х років почала розгортатися концепція інтеграції хворих та осіб з інвалідністю у звичайне суспільство; особливий акцент було зроблено на отриманні ними освіти та забезпечення технічними допоміжними засобами. У 1960-і роки відбувся перехід до підтримки і реабілітації у спеціальних школах. Результатом стало усвідомлення інвалідності як позитивної потреби і відмова від догляду і опіки. Так, завершився підхід до осіб з інвалідністю принцип збереження, який домінував у світі і забезпечував медичну допомогу, догляд у великих закладах і психіатричних лікарнях. У 1970–1980-ті роки зароджується ідея самовизначення і рівних можливостей, максимальної адаптації навколишнього

середовища під потреби осіб з порушенням здоров'я та інвалідності, всебічної законодавчої підтримки осіб з інвалідністю у сфері охорони здоров'я, освіти, забезпечення трудової діяльності і соціальних послуг. Система медичної реабілітації залежить від економічного розвитку суспільства. У 1990-і сформувалась концепція самостійного життя осіб з інвалідністю, у 2000-і – розширення прав і можливостей. У світовій практиці все більше стверджується перехід від первинної медичної моделі інвалідності до біопсихосоціальної, яка інтегрує надбання попередніх моделей, визначаючи порушення як результат взаємодії фізіологічних, психологічних та соціальних процесів [35; 152; 171].

За логікою наукового дослідження розглянемо як основні моделі розуміння інвалідності вплинули на підходи в реабілітації осіб з інвалідністю (у тому числі дітей та молоді). У контексті медичної реабілітації найбільш повно принципів положення викладені одним з її засновників К. Ренкером (1980). Це такі, як: 1) реабілітація повинна здійснюватися, починаючи з часу виявлення хвороби або виникнення травми до повернення особи в суспільство (безперервність і ґрунтовність); 2) проблема реабілітації повинна вирішуватися комплексно; 3) доступність реабілітації кожній людині, яка її потребує (доступність); 4) реабілітація повинна бути гнучкою, враховуючі мінливість структури хвороб, технічний прогрес та зміни соціальних структур [234]. У документах ВООЗ (1983) зазначається, що реабілітація містить усі заходи, спрямовані на зменшення впливу інвалідизуючих чинників, які призводять до фізичних та інших порушень, обмежуючи їхню соціальну інтеграцію [183]. Реабілітація має на меті як адаптацію людей з інвалідністю до навколишнього середовища, так і втручання в їхнє несоціальне оточення та суспільство в цілому з просуванням ідеї соціальної інтеграції.

ВООЗ визначає, що мінімізації інвалідності слугує напрям профілактики на трьох рівнях: 1) первинна профілактика спрямована на раннє виявлення дітей, які потребують реабілітації і втручання, інвестиції в ранню діагностику, лікування, та реабілітацію, а також соціальну адаптацію. Тоді значна частина цих дітей зможе своєчасно отримати допомогу, зменшити ризики інвалідизації;

2) вторинна профілактика являє собою лікування наявних патологічних станів з метою усунення або зниження їхнього впливу на самостійне життя чи адекватної підтримки людини, посилення якості життя засобами реабілітації;

3) третинна профілактика має на меті не допустити поширення наслідків уже існуючих патологічних станів і розладів та запобігти обмеженню активності суб'єкта і сприяти його незалежності, участі та інклюзії [228, с. 24]. Така стратегія є підґрунтям соціальної політики багатьох західних країн. Наприклад, дослідник Зборовський К. Є. зазначає, що у Німеччині з 1884 року діє принцип «пріоритету реабілітації над пенсією», відповідно до якого створено систему реабілітації з широким спектром реабілітаційних послуг, відпрацьовано систему медичного, соціального, психологічного супроводу реабілітаційних технологій. Створення спеціалізованих робочих місць та формування відкритого суспільства дало можливість повернути до праці 80% осіб з інвалідністю працездатного віку. Водночас кошти, призначені на пенсії без реабілітації, виділяються особам з важкими формами інвалідності, які не можуть повернутись до роботи і опанувати реабілітаційні програми. Реабілітаційний фонд наповнюється зарахунок тих людей, які працевлаштовані [72; 244].

Європейські дослідники Андріано Мілані-Сравенті та Людвіг Отто-Розер (1987) зазначили, що процес у медичній реабілітації обмежується тим, що в ній не враховують потреби людини, а саме в інтерактивних вимірах, яких вона живе, а саме: 1) цілісне вимірювання особистості; 2) вимір приналежності до соціального і фізичного світу особи; 3) вимір її розвитку, яке впливає на її майбутнє. Вони зазначили, що традиційна медицина робить насильницькі втручання, ізолює дитину і заважає її соціальним відносинам, не включає майбутнє особи [289]. Дослідники пропонують практикувати в реабілітації принципи нормалізації задля досягнення терапевтичного ефекту у звичайній життєдіяльності дитини, таким чином розвиваючи альтернативні здібності. Такий підхід потребує від спеціалістів більшого досвіду, чим заняття за певною методикою, потребує емпатичних здібностей наставника. Але ще більш важливим є переоцінка медичної і професійної компетенції в цілому, різниці

між медициною хвороби і медициною здоров'я. Остання об'єднує не тільки медичний підхід, а включає психологічний і педагогічний компоненти, що несе у собі повагу до особи людини. На думку авторів, досягнення особистої автономії є індивідуальним корелянтом реабілітації, що є завданням громади. Реабілітація має педагогічні, психологічні та соціально-просвітницькі завдання, медицина для осіб з інвалідністю має справу з функціональними можливостями, тому інтеграція осіб з інвалідністю не є логічним наслідком терапії, а передує їй (Додаток В).

Заслуговує уваги думка німецького вченого Майкла Ф. Шунтерманна (1999), який розглядав соціально-правову концепцію інвалідності та реабілітації в Німеччині. Він зазначив, що в перехідні часи орієнтація в реабілітації на хворобу мала місце, однак вона мала містити всі заходи до пом'якшення негативних наслідків і станів, які призводять до порушень активності та участі, досягання соціальної інтеграції. Дії мають бути спрямованими не тільки на людей з інвалідністю з порушенням активності та участі в допомозі їм адаптувати своє життя до оточення, але робота має здійснюватись в безпосередньому оточенні (втручання і посередництво) і суспільства в цілому, аби полегшити соціальну інтеграцію. Концепція реабілітації за ВООЗ має комплексний характер, максимально націленою на участь осіб з інвалідністю та інтеграції в суспільство, що містить профілактичні дії. Тому вважає політику реабілітації, інвалідності і прав людини частиною реабілітації, які реалізуються у послугах [294] (Додаток В-1).

Американський науковець М. Селігман дослідив, що в 1980-х роках медичні сестри і соціальні працівники впроваджували технології сімейного втручання, у багатьох навчальних закладах з підготовки медичних працівників вивчення сімейних систем закладено в навчальні програми. Теорію сімейних систем С. Селігман описує як динамічний процес, у якому задіяні всі члени сім'ї, і якщо професійний вплив здійснюється на одного члена сім'ї, це вплине на всіх інших. Він виділив такі важливі компоненти при роботі з сім'єю: 1) структура сім'ї (характеристика складу сім'ї, культурний стиль, ідеологічний

стиль), 2) сімейна взаємодія (підсистеми: чоловік-дружина, батьки-діти, діти-діти, сім'я-родичі-друзі-спеціалісти; згуртованість і пристосовність; комунікація), 3) функції сім'ї (економічна, господарська, дозвілля, соціалізація, самоідентичність, прихильність, освіта/кар'єра), життєвий цикл сім'ї і інвалідність дитини (народження дитини/молодший шкільний вік, шкільний вік, підлітковий вік, дорослішання, постбатьківська стадія), 4) етапи розвитку і криз сім'ї. Соціально-екологічна модель (еко-карта сім'ї) дає спеціалістам більш ширше розуміння внутрішніх зв'язків і зовнішніх впливів на сім'ю на рівні мікросистем, екосистем, макросистем. Це дозволяє більш ефективно спрямовувати соціальну підтримку і втручання [238]. Серед вітчизняних дослідників сімейно-центрований підхід в сім'ях, в яких виховуються діти з інвалідністю вивчали Г. Кукуруза [110], Ж. Петрочко [176].

Ще один поширений у реабілітаційній роботі «клієнто-центрований» підхід теж ратує за вирішення проблем на місцевому рівні. Цей підхід заперечує думки, що «вищі органи» краще знають, які необхідно здійснювати втручання ніж самі користувачі. Для постачальників послуг принцип участі користувачів має важливе етичне спрямування і пріоритет «Нічого про нас без нас» [147], яка вимагає, щоб постачальники послуг ставились до користувачів послуг як до покупців або клієнтів. Концепція розглядає отримувачів послуг як партнерів у процесі надання послуг, створює коаліції постачальників послуг з організаціями користувачів послуг для лобювання створення необхідних послуг і підвищення їхньої якості. Доцільно оптимізувати участь користувачів послуг у розробці стратегії та у структурі управління постачальників послуг. «Клієнто-центрований» підхід робить користувача «отримувачем послуг» і надає право управляти індивідуальним бюджетом або прямими виплатами з метою купівлі необхідної послуги коли і де вони обирають.

А. Кунцевська (2019) розглянула модель соціального відновлення в контексті особистісно-орієнтованої допомоги. Вона визначила центральні принципи орієнтованості на людину: повага та інтеграція індивідуальних відмінностей при наданні послуг: розуміння отримувача як унікальної

особистості з її особливостями, потребами, цінностями, переконаннями, уподобаннями; гнучкість, що передбачає надання послуг, чутливих до змін у потребах і бажаннях отримувачів. Ця модель відмовляється від підходу, де спеціалісти вирішують за людину її долю, отримувач послуги стає експертом власної ситуації і пережитого досвіду [111].

У відповідь на деінституалізацію активно стала розвиватись психологічна реабілітація, фокус реабілітації перейшов зі слабостей людини з ментальною та інтелектуальною інвалідністю на її сильні сторони, залучення самої людини до процесу реабілітації, розвитку навичок і компетентностей, створення ресурсів. Ці дії підвищували якість життя людини з інвалідністю. Реабілітаційний рух переорієнтував свою роботу на процес поновлення. Один з прикладів реабілітації на рівні громади і процесу поновлення є метод CARE. Це професійний догляд, спрямований на підтримку процесу поліпшення якості життя людини в суспільстві, і власному житті. Розроблявся в Нідерландах з 1987 року на основі ідей з США, Великобританії та інших країн Жаном Пьером Вилкеном та Дирк ден Холландером. Динамічний метод, що постійно адаптує нові наукові ідеї; розробляє напрями для конкретних груп; є теоретичним і доказовим; використовується в ряді європейських країн і країн Центральної Азії. Метод був представлений під час семінару в Києві в лютому 2017 року одним із засновників Ж. Вилкеном [30]. Метод CARE складається з нових підходів у питаннях розвитку, де реабілітація заміщується відновленням і здійснюється включення угромаду людей з ментальною і інтелектуальною інвалідностями:

1. Відновлення має кілька значень. Частина відновлення – це повернення в осмислене, звичайне життя великої кількості людей по всьому світу, які зазнали серйозні проблеми, пов'язані з психічним здоров'ям. Розробники методу вважають відновлення індивідуальним шляхом. Послуги не можуть «принести» відновлення, вони можуть тільки його підтримати. Підхід, заснований на відновленні, значно відрізняється від традиційного підходу до розвитку сфери психічного здоров'я. Особисті відносини та їхня тривалість мають важливе значення у процесі відновлення. Відмінності різноманітних

підходів, заснованих на відновленні особистості з інвалідністю представлені в таблиці 1.2.

Таблиця 1.2.

Порівняльний аналіз традиційного підходу та заснованих на відновленні особистості з інвалідністю (Метод CARE, Ж. П. Вилкен)

критерії	традиційний підхід	підхід заснований на відновленні
Цінності і розподіл влади	(показні) вільні від цінностей; відповідальність фахівця; орієнтація на контроль; влада над людиною	засновані на цінностях; особиста відповідальність; орієнтація на вибір; активізація запасів сил людини;
Основні поняття	наукова; патографія; психопатологія; діагноз лікування; персонал і пацієнти	гуманістична; біографія; досвід розладу; значення для людини; зростання і розкриття людини: експерти на основі навчання та експерти на основі досвіду
Наукова база	контрольовані; випробування; засновані на випадковому виборі; систематичні огляди; незалежність від контексту;	обґрунтування особистими історіями; використання рольових моделей; облік соціального контексту;
Діючі послуги	опис; у центрі уваги розлад; заснована на хворобі; орієнтована на зменшення негативних випадків; індивід пристосовується до програми; винагороджує пасивність і підпорядкованість; координатори-експерти соціального забезпечення;	розуміння; у центрі уваги людина; заснована на силі (сильних сторонах); орієнтована на надію і мрію; постачальник послуг пристосовується до індивіду; сприяє діям; самоврядування;
Цілі послуг	спрямовані проти хвороби; знаходження під контролем; підпорядкування; повернення до норми;	спрямовані на здоров'я; самоконтроль; вибір.

Джерело: [81, с.5-6]

2. Участь означає наступне: участь у різних сферах життя, таких як отримання роботи і освіти. Залучення означає, що навколишнє середовище приймає і підтримує людей, які «інші», так, щоб особи з інвалідністю були членами громади, поважаючи і цінуючи їхні відмінності.

3. Залучення є процесом, під час якого люди і групи людей стають сильними, зростає їхня самовпевненість, самоконтроль та інші якості. Сам процес відновлення можна вважати процесом залучення. Усі стратегії залучення та «будівництва мостів» можуть допомогти у збільшенні рівності.

4. Послуги повинні бути «орієнтовані на людину». Автори методу наголошують, що послуги піклування є стандартизованими, а не орієнтованими на людину. Доступ до послуг особи з ментальною та інтелектуальною інвалідністю має багато бюрократичних правил, що може слугувати ризиком до обмежень і недоступності до них. Якщо послуги є платними, це зменшить коло отримувачів або створить черги. Доступність послуг значною мірою залежить від різних установ, співпраці між фахівцями, особистих ресурсів і особливостей регіону [30, с. 117–124].

Грунтуючись на наукових доробках українських науковців (Т. Алексеєнко [2], О. Безпалько [13], Т. Веретенко [29], О. Глоба [45], І. Зверєва [73], А. Капська [94], Л. Лях [113], Ж. Петрочко [176], Н. Чернуха [274; 275] та ін.), які вивчали питання соціалізації дітей та молоді, ми структурували змістове наповнення етапів «входження» особи з інвалідністю в соціальне життя (табл.1.3) [292].

Таблиця 1.3.

Етапи «входження» особи з інвалідністю в соціальне життя

Етап	Адаптація	Соціалізація	Інтеграція	Інклюзія (включення)
Змістовні ознаки	- види: активна, пасивна; - етап прийняття інвалідності	- види: стихійна, відносно спрямована, соціально-контрольована; - етапи: первинна, вторинна; - фактори: мікро-, мезо-, мега-, макро-; - соціально-педагогічні механізми: традиційні, інституціональні, стилізовані, міжособистісні	- нормалізація; - входження існуючої системи і знаходження свого місця; - підлаштування під існуючі норми і цінності	- соціальне залучення; - створення власного простору; - вплив на суспільство; - універсальний дизайн послуг і середовища; - підтримка; - супровід

Джерело: розроблено автором

На нашу думку, соціальна і психолого-педагогічна реабілітації забезпечують завдання інтеграції та включення дітей та молоді з інвалідністю і є наскрізним процесом у всіх чотирьох етапах соціального розвитку. Визначення поняття соціальної і психолого-педагогічної реабілітації зафіксовано в ЗУ «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні». Соціальною реабілітацією є система заходів: «...спрямована на створення і забезпечення умов для повернення особи до активної участі у житті...»; «...відновлення її соціального статусу та здатності до самостійної суспільної і родинно-побутової адаптації шляхом соціально-середовищної орієнтації та соціально-побутової адаптації...»; «...задоволення потреби у забезпеченні технічними і іншими засобами реабілітації...» [209]. Психолого-педагогічною реабілітацією є система заходів: «...психологічних та педагогічних, що спрямовані на формування способів оволодіння знаннями, уміннями, навичками...»; «...надання психологічної допомоги, зокрема щодо формування самоутвердження і належної самооцінки особою своїх можливостей...»; «...засвоєння правил суспільної поведінки шляхом здійснення системної навчально-виховної роботи...» [209] (Додаток Г; Д).

Психолого-педагогічна реабілітація, яка розглядається вітчизняними дослідниками як цілісний динамічний безперервний процес розвитку особистості, її самоактуалізації та самореалізації. І. Зверева зазначала, що психолого-педагогічна реабілітація сприяє формуванню «творчої особистості, яка знаходить опору у власному «Я», що є важливою передумовою самоактуалізації людини. Також вона зазначила, що психолого-педагогічна «реабілітація сприяє соціалізації особистості, засвоєнню культурного і духовного досвіду, набутого людством протягом історії. Реабілітація – це складний процес реалізації своїх здібностей, безперервний процес вибору, знаходження себе і вивчення нових способів комунікації. Водночас це процес соціалізації особистості, розвитку громадської відповідальності й активності» [74].

Соціально-педагогічну реабілітацію дітей з інвалідністю концептуально досліджувала А. Капська. У принципах і закономірностях соціально-

психологічної реабілітації дітей з інвалідністю А. Капська ще у 2003 році зазначала наступні позиції: 1) зміну суті державної політики стосовно дітей з інвалідністю і вироблення певних механізмів для її реалізації щодо виявлення і врахування їхніх потреб, створення умов для індивідуального розвитку, реалізації їхнього потенціалу, створення умов для реабілітації, задоволення їхніх інтересів, інтеграції в суспільство, професійну діяльність; 2) реалізацію індивідуальної програми реабілітації кожної дитини з інвалідністю згідно з її реабілітаційним потенціалом, чітко вираженим психолого-педагогічним наповненням усіх реабілітаційних заходів. Заходи мають бути комплексними і неперервними. Дослідниця зазначає, що предметом уваги спеціалістів має бути сім'я; 3) об'єднання зусиль потенціалу суспільства для найповнішого задоволення потреб сім'ї дитини з порушенням розвитку і інвалідністю розглядає як інтеграцію державних, громадських і приватного секторів різного профілю з метою найбільшого задоволення потреб даної категорії сімей у самореалізації [94, с. 37].

Виокремимо, Н. Гусак (2013) розглядала аналітичні моделі соціальної реабілітації у сучасній Україні, в яких критеріями розрізнення є погляд на місце та роль особи й держави у процесі соціальної реабілітації. Дослідниця вказує такі три моделі: індивідуалістська модель і надає їй пріоритетну роль у наданні послуг із соціальної реабілітації. Зазначає, що ця модель орієнтується на задоволення індивідуальних потреб отримувачів й провідна роль відводиться громадським організаціям та самими реабілітантами. Друга патерналістська модель розглядає державу основним суб'єктом соціальної реабілітації, що виокремлює певні соціальні групи з метою надання їм послуг без врахування індивідуальних потреб кожного реабілітанта та спрямовує свою діяльність на забезпечення функціонування суспільства без соціальних проблем, таких як безробіття, залежності, асоціальна поведінка. Змішана модель орієнтується на задоволення потреб індивідів та соціальних груп, які об'єднують спільні потреби й передбачає активну участь індивіда, громади й держави у реабілітаційному процесі [49].

Розуміння соціальної реабілітації у термінах структурно-функціонального підходу дає можливість (Н. Гусак): 1) визначити критерії, за якими визначається група реабілітантів як осіб, чия поведінка відхиляється від норми; 2) розглянути соціальну реабілітацію як процес повернення об'єкта реабілітації (індивіда чи групи осіб) від соціальної девіації до соціальної норми; виокремити адаптацію як необхідну умову соціальної реабілітації з погляду самого реабілітанта чи групи реабілітантів; 3) продемонструвати взаємостосунки індивід-суспільство у процесі адаптації, коли вони здійснюють взаємовплив один на одного; 4) виокремити конформізм як спосіб адаптації, що, на відміну від інновації, бунту, ретритизму та ритуалізму, не потребує повернення суб'єкта в соціальну систему за допомогою соціальної реабілітації; 5) з'ясувати, що дискримінація обумовлює необхідність соціальної реабілітації [49].

Науковці зазначають, що питання медичної, соціальної та професійної реабілітації людей з інвалідністю мають вирішуватись комплексно, в якомога ранні терміни з послідовним переходом від одних заходів до інших, які рекомендуються на пізнішому етапі, що особливо стосується дітей та молоді. А. Шевцов вважає, що універсальна мета комплексного реабілітаційного процесу є багатовимірною і представлена системою таких цілей: 1) відновлення та корекція здоров'я (фізичного, соціального, психічного); 2) соціалізація; 3) соціальна інтеграція; 4) соціальна адаптація; 5) підвищення якості життя; 6) формування стилю незалежного життя; 7) формування способу діяльності за типом «повноцінно функціонуюча людина». Він вважає, що зазначені концепти являють собою головні цінності реабілітаційної діяльності та створюють її аксіологічну систему [279].

Погоджуємося з українським дослідником В. Мартинюком (2016), який розглядає комплексну медико-соціальну реабілітацію дітей з обмеженнями життєдіяльності у контексті концепції соціальної педіатрії. Він наголошує: а) важливість профілактики інвалідизуючих патологій у дітей; б) формування єдиного реабілітаційного простору навколо дитини з інвалідністю і її родини; в) координацію зусиль міжвідомчих державних організацій і громадськості;

г) створення у відповідності до міжнародних стандартів системи комплексної медико-соціальної реабілітації дітей з обмеженнями життєдіяльності, яка забезпечить надання кваліфікованої медичної допомоги, адекватної інклюзії в освітнє середовище; д) ранню профорієнтацію та оформлення життєвого простору в суспільстві з урахуванням стану їхнього здоров'я [153, с. 12–30].

Тим самим Ж. П. Вилкен і Д. Холландер розглядають три категорії реабілітаційних послуг: індивідуально-професійна підтримка, програми, служби. Комплексну реабілітацію розглядають як метод, який орієнтований на процес і ціль, які не можливо виконати за отримувача реабілітаційної послуги. Важливим у цьому методі є процес співпраці спеціаліста і отримувача. Ціль розробляється під час реабілітаційної роботи. І таких цілей є дві: довгострокові абсолютні цілі (в основі лежать бажання і мрії отримувача послуг і слугують мотивом; не обов'язково має бути досяжною, ціль окреслює перспективи майбутнього людини; дає напрям для процесу реабілітації, особливо у фазі оцінки; дає енергію співпрацювати отримувачу і спеціалісту) і короткострокові конкретні цілі (робота в щоденному житті). Цей метод є напівструктурованим і гнучким [30, с. 155].

Розглянемо парадигмальні підходи до реабілітації осіб з інвалідністю та міжнародні нормативи, в яких зафіксовані представлені моделі, визначимо відповідальність за прийняті рішення стосовно життя осіб з інвалідністю (у центрі уваги моделі), з'ясуємо головні ідеї, які визначені в парадигмальному підході та практики її реалізації (табл. 1.4). Порівняльний аналіз показав, що всі означені моделі є взаємопов'язаними і орієнтованими на самостійність осіб з інвалідністю, їх підтримку та підвищення якості життя. Розвиток наукових підходів та історичне становлення обумовлювалося змінами суспільно-державного укладу життя, рівнем розвитку соціально-економічного добробуту, ствердженням прав людей з інвалідністю у глобальних вимірах суспільства, а також науковими розробками у різних сферах знань (психологічних, медичних, соціально-правових тощо) та громадськими рухами людей із інвалідністю. Було встановлено, що парадигмальні зміни в реабілітації осіб з інвалідністю

супроводжувався постійною увагою світової спільноти та за підтримки таких всесвітніх організацій, як ООН, ВОЗ, ЮНЕСКО та ЮНІСЕФ.

Таблиця 1.4.

**Парадигмальні підходи до реабілітації осіб з інвалідністю згідно
з моделями інвалідності**

Назва моделі	Міжнародні нормативи	У центрі уваги моделі	Парадигмальний підхід	Практики реалізації
Медична	Міжнародна класифікація порушень, обмеження життєдіяльності та соціальної недостатності, ICIDH, (1980 р.); МКХ-10 (1998 р.);	Спеціалісти МСЕК, ЛКК, ПМПК (до 2017 р.)	Сегрегація та інституалізація	Лікування та догляд. Медична реабілітація. Трудова реабілітація для деяких категорій. Мінімальне соціальне забезпечення.
Соціальна	МКФ (2001 р.)	Люди з інвалідністю	Інтеграція	Підготовка спеціалістів. Надання комплексу реабілітаційних послуг. Соціальний захист.
Правова	Конвенція ООН про права осіб з інвалідністю (2006 р.)	Люди з інвалідністю як громадяни і носії прав	Включення (інклюзія) Права і гідність осіб з інвалідністю	Створення рівних можливостей: відповідної інфраструктури, законодавства, можливості реалізуватися
Біопсихосоціальна	Проект глобального плану дій ВООЗ щодо інвалідності на 2014-2021 рр. МКФ (2001) МКФ-ДП, (2016)	Структурні порушення; чинники навколишнього середовища; особистісні фактори; участь і діяльність	Власна відповідальність (участь і активність) Включення (інклюзія)	Система реабілітації і допомоги відповідно до індивідуальних потреб осіб у міждисциплінарному у підході в інтерактивній динаміці

Джерело: розроблено автором

Наразі, розроблені ними базові документи світового співтовариства з питань реабілітації, у тому числі визначають її концептуальні підходи як основу стратегічної лінії розвитку реабілітаційних програм. В Проекті глобального плану дій ВООЗ щодо інвалідності на 2014–2021 рр. визначено мету плану:

досягнення оптимального здоров'я, функціонування, благополуччя і прав людини для всіх осіб з інвалідністю: 1) усунути бар'єри і покращити доступ до служб і програм охорони здоров'я; 2) покращити і розширити послуги з реабілітації, абілітації, асистивних технологій, допомоги і підтримки, а також реабілітації на рівні громади; 3) покращити збір даних про інвалідність і надати підтримку дослідженням/моніторингам в області інвалідності і пов'язаних з нею послуг [89]. У країнах Європейського союзу система реабілітації передбачає отримання людьми з інвалідністю системи послуг за місцем проживання на рівні громади у рамках звичайних соціальних служб і служб охорони здоров'я. Наразі, ВООЗ започаткована міжнародна програма «Реабілітація на рівні громади», яка інтегрує такі напрями: здоров'я, освіта, самозабезпечення, соціальні питання, просування прав і можливостей [80].

Україна, приєднавшись до Конвенції ООН про права осіб з інвалідністю, взяла на себе відповідальність щодо її впровадження. На цей час в Україні прийнято низку законів і нормативів щодо реабілітації осіб з інвалідністю. Згідно із законодавством України концепція реабілітації включає такі напрями як: медичний, фізичний, психологічний, професійний, трудовий, соціальний, психолого-педагогічний та фізкультурно-спортивний, що, наразі, реалізується у тому числі і для дітей та молоді [207].

В ЗУ «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» зазначено, що метою реабілітації є «...усунення або компенсація наслідків, спричинених стійким порушенням здоров'я, функціонування системи підтримання особами з інвалідністю фізичного, психічного, фізичного благополуччя, сприяння їм у досягненні соціальної і матеріальної незалежності...» [209]. Натомість, незважаючи на зміну парадигми та політичного устрою країни, першість досягнень у сфері реабілітації осіб з інвалідністю також варто надати медичній сфері, яка продовжує розвивати та удосконалювати власні підходи з питань реабілітації осіб з інвалідністю, у тому числі дітей та молоді. Як приклад, у 2020 році прийнято окремий ЗУ «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» [210].

Враховуючи вищезазначене, виокремимо, що в ЗУ «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» визначено, що реабілітація – це «...комплекс заходів, яких потребує особа, яка зазнає або може зазнати обмеження повсякденного функціонування внаслідок стану здоров'я або старіння у взаємодії з її середовищем»; абілітація – це «комплекс заходів, що допомагають особі з вродженими та/або такими, що виникли у ранньому віці обмеженнями повсякденного функціонування досягти оптимального рівня фцінкціонування у її середовищі...» [209]. Робота спеціалістів з реабілітації спрямована не лише на підтримку людини з інвалідністю, а й на її інтеграцію або включення в повне, активне та самостійне життя, навіть, за умов тих чи інших обмежень різноманіття інвалідності [3].

Саме дане приєднання України до Конвенції про права осіб з інвалідністю надала змогу соціальним працівникам використовувати всі, зазначені нами вище моделі інвалідності. Концептуальне вивчення системи реабілітаційних послуг для дітей та молоді з інвалідністю розкрито у працях А. Капської [95], Т. Єжової [64], К. Зборовський [72], І. Пінчук, С. Толстоухова [251], (соціальний напрямок), А. Шевцова [241; 277; 278; 279; 280] (педагогічний); К. Зеленова [97], В. Мартинюка [153], Б. Мойса [138], Е. Макарова [117], М. Мамчура [119] (медичний); Т. Алексеєнко [1], А. Кунцевської [111], Н. Мирошніченко [124], Ж. Петрочко [176], (соціально-педагогічний), Н. Бастун [245], О. Матрос [122] (психолого-педагогічний); Л. Коваленко [101], Н. Мирошніченко [125], А. Тиганов [266] (професійний та трудовий); О. Молчан [125] (соціокультурної); О. Яшної [286] (фізкультурно-спортивний), Т. Дехтяренко [55] (управління корекційно-реабілітаційною діяльністю). Питанням ранньої реабілітації і раннього втручання присвячені роботи Л. Байда, Є. Павлова, О. Іванова [8], Г. Кукуруза [110], В. Ляшенко [114], М.Сварник [104]. Теоретичні та практичні здобутки у сфері реабілітації довели доречність її спеціалізації, де кожний з її видів має свою специфіку використання форм та методів роботи, засобів впливу з врахуванням типології інвалідності та причин її набуття, а також видів відхилень у розвитку особи з

інвалідністю. Науковці засвідчують, що надання різних видів реабілітаційних послуг дітям та молоді з інвалідністю мають опиратися на наступні принципи, які зафіксовані у міжнародних нормативах ВООЗ, а саме: 1) реабілітація є результатом впливу на особистість, її окремі психічні і фізичні функції (відношення, активізація); 2) реабілітація є наступним етапом після адаптації (приспосовування компенсаторних здібностей); 3) реабілітацію дитини не можна розглядати при відмежуванні її від сім'ї, яка зобов'язана сприяти реабілітаційним можливостям; 4) реабілітація – неперервний, але обмежений у часі процес, протягом якого мають з'явитися нові якості дитини; 5) реабілітація має спрямованість, специфіку для кожного вікового етапу [232; 35].

Науковці В. Шевчук, О. Яворовенко, Н. Беляєва, С. Шевчук (2012) у монографії «Реабілітація інвалідів» розглянули методологічні аспекти реабілітації осіб з інвалідністю і хворобами, розкрили питання організації реабілітаційного процесу, а саме: цілі реабілітації, принципи, види відповідно до діючого законодавства України, реабілітаційні послуги та заходи, засоби реабілітації; стадії реабілітаційної технології; реабілітаційний прогноз і оцінка реабілітаційного потенціалу особи; підходи до оцінки ефективності реабілітації. Також, у роботі представлено організаційні основи створення реабілітаційної системи в Україні, рівні організації реабілітаційної допомоги, проаналізовано законодавство України у відповідності до міжнародного [281].

Закладені нормативними документами принципи послідовної і глобальної політики на підтримку осіб з інвалідністю та осіб, яким загрожує небезпека отримати інвалідність, спрямовані на профілактику або усунення інвалідності, запобігання її погіршення і пом'якшення її наслідків; гарантію повного і активної участі в житті суспільства; допомога особам з інвалідністю для того, щоб вони могли жити незалежно, за своїм бажанням тощо.

Надання соціальних послуг у сфері реабілітації осіб з інвалідністю має супроводжувати дотримання принципів, які вироблені у сфері міжнародного наукового підходу і законодавства з реабілітації і соціальної роботи: самостійності, взаємодії, універсального дизайну, гідності і прав людини,

принципу участі, активності, інклюзії. Процес реабілітації в сучасних умовах спрямовано на те, щоб людина з інвалідністю якнайраніше набула самостійності. Важливим також є доступність отримання реабілітаційних послуг і заходів та їхня максимальна зорієнтованість на потреби отримувача.

Узагальнюючи вищезначене, зробимо висновок, що соціальна реабілітація передбачає відновлення втрачених або набутих у процесі соціалізації навичок виконання соціальних відносин і ролей та об'єктивно пов'язана з зазначеними моделями: реабілітацією, соціалізацією, інтеграцією, інклюзією, активізацією. Теоретичні концепції розширюють можливості практичної соціальної роботи з окремими групами отримувачів послуг, даючи для цього теоретичне обґрунтування проблеми, особливостей соціальної групи тощо. З'ясовано, що існують певні розбіжності: теоретики, наприклад, більше схиляються до визначення індивідуального аспекту, наголошують на взаємодії окремої особи та суспільства, а практики вказують на значимість суспільних змін, а саме: готовність соціальних інститутів до інтеграції реабілітованих осіб, відновлення соціального статусу особистості, зміну наявних суспільних цінностей тощо. Безсумнівним залишається те, що репрезентовані нами моделі соціальної реабілітації лише у поєднанні теоретичних та практичних підходів можуть дати цілісне уявлення про соціальну реабілітацію осіб з інвалідністю, її основні складові та поняття.

1.3. Інституційний підхід до вивчення розвитку центрів реабілітації для дітей та молоді з інвалідністю

Як будь-яка соціальна система, сфера реабілітації осіб з інвалідністю, (зокрема надання реабілітаційних послуг дітям та молоді) формується за принципом соціального інституту, що ставить питання доречності включення інституційного підходу у контекст нашого дослідження. Хоча інституційна парадигма здебільшого слугує загальному осмисленню тих чи інших соціально-економічних явищ та їхніх трансформаційних змін, однак вона все більше

застосовується для дослідження розвитку певних соціальних інститутів та їхніх інституцій як організацій. Наразі, наукова думка вже переборола труднощі у трактуванні основних понять інституціональної теорії, якими є «інститут» та «інституція». Поняття інституту трактується через сукупність норм, які регулюють певні суспільні відносини, надаючи їм певної стабільності, повторюваності і, відповідно, передбачуваності. Поняття інституції вказує на якусь одиницю у цій системі, що виступає механізмом забезпечення дії інституційних норм. Інституцією може бути конкретна організація, яка функціонує для забезпечення підтримки дії певного соціального інституту [31].

Важливим надбання інституційного підходу є те, що у ньому поєднуються як організаційні засади, так і потреби кожного окремого індивіда – суб'єкта соціальної взаємодії, що розкриваються у соціальних процесах розбудови соціальних структур, якими є організації, установи, а також держава та світ загалом. М. Вебер визначав, що соціальні інститути варто вивчати тою мірою, в якій вони є значущими для життя конкретного індивіда, а американський соціолог Л. Уорд, представник психологічного еволюціонізму, вбачав у соціальних інститутах продукт психологічних сил колективного спрямування, де Я. Щепанський виділяє мету та сферу діяльності, функції, нормативно визначені ролі, статуси та засоби досягнення цілей [283]. Для нашого дослідження є важливим трактування соціального інституту соціологами: Д. Гавром та Г. Матсаертом. Автори наголошують, що при вивченні будь-якого соціального явища (у нашому випадку центрів для реабілітації дітей та молоді з інвалідністю) обов'язково враховувати логіку інституційного підходу. Більше того, соціолог Г. Матсаерт вважає за доречне використання інституційного аналізу в оцінці поточної ситуації та визначення перспективних можливостей та ймовірних обмежень [288]. У цьому контексті Д. Гавра [42] пропонує першим кроком розглядати походження соціального інституту як похідної соціальної потреби (як виникає і які функції виконує); другим – яким чином ці потреби є включеними в різні сфери життя; третім – суть самого інституту (його тип та місце в загальній системі), четвертим – його структуру.

Г. Матсаерт, розглядає інституційний аналіз, як такий, що має здійснюватися одночасно на декількох рівнях соціальної структури, а саме: законодавство та політичне середовище; інституції, зацікавлені в діяльності організації (стейкхолдери); системні та якісні показники. Логічно ми можемо розглядати систему реабілітації соціальним інститутом, як такий, що отримує своє нормативне та соціальне ствердження, а центри – його інституціями. Відповідна думка, наразі, щодо інституту соціальної реабілітації, доводиться у дисертаційному дослідженні вітчизняного соціолога Н. Гусак [49].

Основною ознакою соціального інституту є його відтворення, завдяки первинно створеному типовому конструкту у вигляді символів і атрибутів, закріплених у владі та фінансах. Головна роль соціального інституту – урегулювання певного фрагменту людської діяльності, а істотними його ознаками виступає історичність формування та налаштованість на здійснення вторинного контролю діяльності індивідів. Соціологічною наукою соціальні інститути описуються як стійкі форми, що транслюються історією людства задля забезпечення надійності, регулярності задоволення потреб суб'єктів, груп та суспільства в цілому засобом ствердження норм, системи правил, кодів та смислів. Варто зауважити, що створений інституційний світ описується П. Бергером і Н. Лукманом через послідовну зміну соціальних механізмів: узвичаєння соціальної практики (хабітуалізація); взаємна типізація узвичаєних способів дій та об'єктивізація через екстерналізацію продуктів діяльності (інституалізація); легітимація як пояснення узвичаєної соціальної практики, її вторинної смислової об'єктивації в мові та ролях [16]. Для нашого дослідження видається важливою ідея базових (Д. Норт, Е. Гідденс) та додаткових (О. Безсонова, С. Кірдіна) соціальних інститутів, що разом формують інституційне середовище як матрицю, поле, інституційний простір [118]. Соціологи відмічають, що у кожного соціального інституту є своя основна функція, що реалізуються через роль у контексті закріплення соціальних практик, спрямованих на задоволення базових потреб. На думку соціолога Н. Гусак, інститут соціальної реабілітації має такі інституційні функції, а саме:

функцію закріплення та відтворення суспільних стосунків, регулятивну, інтегративну, транслуючу, комунікативну [49]. Цей список доцільно доповнити базовими специфічними функціями, що і визначають провідний напрям діяльності зазначеного соціального інституту – процес відновлення соціального функціонування.

Інституційний підхід надає можливість більш уважно ставитися до кожного рівня аналізу: самого закладу та його трактування у загальній системі соціального інституту реабілітації, а також його цільового, функціонального та змістовного наповнення. Так щодо назви інституції як центру реабілітації, то вона вперше було зафіксована в 2002 році в офіційному документі «Модель державної системи професійної реабілітації інвалідів в Україні», – це багатофункціональна реабілітаційна установа з модульною структурою, що реалізує комплексний підхід до реабілітації осіб з інвалідністю, діяльність якої направлена на найбільш повну адаптацію та інтеграцію їх у суспільство у процесі медичної, професійної та соціальної реабілітації [235]. У Законі України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» визначено поняття реабілітаційна установа – «...це установа, підприємство, заклад, у тому числі їх відділення, структурні підрозділи, незалежно від форми власності, що здійснює реабілітацію осіб з інвалідністю і дітей з інвалідністю відповідно до державних соціальних нормативів у сфері реабілітації...» [209; 210]. Звертаючись до етимології поняття «центр», Великий тлумачний словник української мови визначає його як: «...місце зосередження якої-небудь діяльності відповідної концентрації...», «...осередок...», «...те, навколо чого...групується, якому підпорядковується все інше...» [27]. О. Безпалько розглядала центр соціально-психологічної реабілітації дітей і молоді з функціональними обмеженнями як «...заклад денного перебування дітей та молоді з особливостями психофізичного розвитку від 7 до 35 років, мета діяльності якого – відновлення і підтримка їхнього фізичного і психічного стану, адаптація та інтеграція в суспільство...» [13; 200]. Аналіз нормативних документів і наукових думок стосовно поняття «центр реабілітації» надав нам підстави розробити власне

визначення цього поняття. Отже, *центр реабілітації*, на нашу думку, це інтеграційний компонент до складу якого входять: різнопрофільні фахівці, які мають відповідну освіту і кваліфікацію, володіють реабілітаційними технологіями, розвивають свої компетенції, мають сформоване відношення до інвалідності; змістово-методичне забезпечення реабілітаційної діяльності центрів; реабілітаційні (абілітаційні) програми і підходи з питань підготовки до самостійного життя і включення дітей та молоді з інвалідністю в суспільство.

Звертаючись до досліджень із питань діяльності центрів реабілітації для дітей та молоді з інвалідністю, нами було встановлено, що вони, як правило, презентують лише певні аспекти і не охоплюють їх як інституцію більш ширшого соціального інституту, що обмежує системне бачення їхнього розвитку в перспективі. Однак, описуючи саме структуру та функціонування окремих центрів, як інституцій, ці дослідження є цікавими для нашої праці. Коротко опишемо їхні здобутки. Так, О. Матрос у науковій статті «Центри соціально-психологічної реабілітації для дітей та молоді з інвалідністю як заклади соціального захисту в Україні» розглядає особливості діяльності зазначених центрів і визначає принципи здійснення соціально-психологічної реабілітації, які побудовані на «рівних можливостях» (2018), нормалізації та інтеграції [122]. Зазначає, що це єдині центри у країні, які на основі підтримки дітей та молоді в сім'ях здійснюють їхню реабілітацію. О. Бісмак у науковій статті «Особливості організації діяльності реабілітаційних закладів в Україні» (2015) визначає, що розбудова реабілітаційних центрів в Україні є комплексним завданням трьох міністерств України (МОЗ, МОН, Мінсоцполітики), а також громадського і державного сектору, закладів вищої освіти з підготовки фахівців у сфері реабілітації та кафедр закладів післядипломної освіти. Автор зазначає, що повноцінний розвиток сучасної системи корекційно-реабілітаційних служб гальмуються недооцінкою ролі реабілітаційної теорії: обмін досвідом сучасних практик здійснюється без фундаментального наукового осмислення і методологічного узагальнення, що призводить до суперечностей між наявною реабілітаційною практикою та теорією реабілітування. Вирішення цієї ситуації

О. Бісмак вбачає у діях на рівні країни щодо створення на державному рівні єдиної моделі багатопрофільних реабілітаційних центрів для осіб з різними реабілітаційними потребами, що надасть можливість залучати різних фахівців. Однак медична модель реабілітаційного центру, яка представлена О. Бісмак, не враховує біопсихосоціальний підхід, який налаштовує на враховування у професійній роботі психосоціальний стан учасників реабілітаційного процесу як відновлювального [18]. Практика показує, що люди з набутою інвалідністю виокремлюють себе від інших форм інвалідності (наразі вродженої) і прагнуть уникати відвідування великих закладів, що ще раз наголошую на важливості врахування варіативності потреб реабілітантів, недопущення їхнього трактування лише об'єктом медичних утручань.

Ю. Полулященко в науковій статті «Підвищення ефективності діяльності центрів реабілітації дітей-інвалідів» (2014) розглянув питання теорії і практики реабілітації та умов ефективною соціальною адаптації дітей з інвалідністю в системі реабілітаційного центру [179]. У своїй праці автор стверджує, що одним із завдань регіональних центрів соціальної реабілітації є надання освіти і виховання дітей з інвалідністю, реалізація яких можлива за умов чітко визначеної мети, функцій та напрямів діяльності, а також осмислення всіма учасниками реабілітаційного процесу ближньої і віддаленої перспективи адаптації і соціалізації та створення реабілітаційного середовища, в якому зростає і розвивається дитина з інвалідністю. Автор також наголошує на необхідності створення педагогічних умов для опанування дітьми з інвалідністю всіма сферами життєдіяльності, чому має слугувати застосування комплексу сучасних форм і методів педагогічного і реабілітаційного впливу; підвищення батьківських компетенцій і їхньої педагогічної освіти; розвиток майстерності спеціалістів, зокрема, центрів ранньої соціальної реабілітації. Локальний формат дослідження привів до необґрунтованого посилення впливу ізоляційних форм та обмеження процесу соціалізації дітей межами лише простором реабілітаційного центру, що зумовило прагнення комплексного надання послуг у поєднанні освітніх та реабілітаційних. Важливі питання

роботи Центрів піднімаються у статті Н. Мирошніченко (2017) «Соціально-педагогічна профорієнтація молоді з інвалідністю в умовах реабілітаційного закладу» щодо профорієнтації молоді з інвалідністю в умовах реабілітаційного центру [125]. Ще один аспект роботи центрів представлений у праці Л. Смерчак, О. Гук (2014) «Особливості професійної діяльності соціальних педагогів у центрах соціально-педагогічної реабілітації дітей із вадами психофізичного розвитку», які визначили напрями роботи соціального педагога у реабілітаційному закладі [246]. Розкрито зміст індивідуальної роботи соціального педагога у ході реалізації індивідуальної програми реабілітації дитини з інвалідністю; при здійсненні координації соціальних послуг дитині і сім'ї; соціально-терапевтичному втручанні і соціальному патронажі. Наголошено на важливості підвищення ефективності роботи соціального педагога і розробці конкретних форм і методів роботи в умовах реабілітаційного закладу. Акцент на основні положення, яких має дотримуватись соціальний працівник у своїй роботі, надано у статті К. Молчанова, С. Дівакова (2010) «Соціальна робота з дітьми з обмеженими можливостями в умовах реабілітаційного центру» [142].

Питанням розвитку підструктур центру присвячена праця О. Яшна «Адаптивна фізична культура в процесі відновлення й навчання в умовах центрів соціальної реабілітації» (2008), в якій здійснено аналіз форм фізичної реабілітації та презентовано результати соціально-педагогічного експерименту з відкриття підрозділу фізкультурно-спортивної реабілітації, представлені перевагами впровадження фізкультурно-спортивної реабілітації в роботу реабілітаційного закладу, а саме: збільшення рухової активності і фізичних можливостей дітей, розширення соціального кола і розвиток соціальних компетенцій дітей з інвалідністю, формування навичок самостійної фізичної культури, осмислена участь дітей у процесах реабілітації і відновлення, стимулювання загального розвитку і інтеграції в суспільство. Невирішеними питаннями зазначили відсутність необхідної уваги зі сторони державних органів з розвитку фізкультурно-спортивної реабілітації, відсутність інформації

про показання і протипоказання до фізкультурно-спортивної діяльності дітей різних форм інвалідності, відсутність науково-методичних посібників для спеціалістів з впровадження фізкультурно-спортивної реабілітації, транспортування дітей з інвалідністю до центрів реабілітації [286]. Про необхідність створення управлінської структури центрів наголошено в роботах О. Бацман, зокрема у статті «Реабілітація осіб із функціональними обмеженнями здоров'я: ефективність діяльності реабілітаційних центрів» (2018). Автор доводить важливість створення координаційного науково-методичного центру реабілітації дітей та молоді з інвалідністю, який може розширювати можливості кожної підструктури, фінансувати реабілітаційні програми, розробляти нові технології реабілітації, узагальнювати досвід і розробляти рекомендації, виступати ініціатором реабілітаційних проєктів [11].

Слушною є позиція А. Шевцова, який у докторському дослідженні «Освітні основи системи реабілітування осіб з обмеженнями життєдіяльності» (2010) обґрунтував систему комплексного соціально-психологічного реабілітування осіб з інвалідністю шляхом створення теоретико-методологічних основ реабілітології у рамках освітнього підходу та розробки моделей корекційно-реабілітаційних систем і процесів. Дослідником запропоновано зміст і структуру теорії реабілітування, кінцевою метою якої реабілітування є формування способу дій, що можуть подолати обмеження життєдіяльності, які призводять до інвалідності. Означений у дисертації спосіб дій може орієнтований на спеціально організовану усвідомлену діяльність, яку називають реабілітаційною діяльністю або самореабілітуванням. Достатньо продуктивною є позиція А. Шевцова щодо того, що механізмом ефективного реабілітування у жодному разі не є примусова корекція, а управління свідомою реабілітаційною діяльністю реабілітованого як суб'єкта системного корекційно-реабілітаційного процесу [279].

Також, у контексті інституційного підходу є важливим змістова складова надання реабілітаційних послуг, що реалізується *на базі закладу, за місцем проживання, на рівні громад*. Апробація їх була здійснена через міжнародну

програму ВООЗ «Реабілітація на рівні громади», що в результаті ствердила інклюзивний підхід у вирішенні питань реабілітації в країнах незалежно від рівня їхнього розвитку та економічного стану [230; 35].

Розглянемо більш детально ці підходи: *реабілітація на базі закладу* (амбулаторної або стаціонарної установи), виїзні служби (економічно більш затратний метод децентралізації професійних послуг; охоплює послугами менше отримувачів, ніж прийом в установі; потребує додаткових коштів на закупку і утримання спеціалізованого транспорту або оплати проїзду), навчання в суспільстві для людей з інвалідністю (Community Based Rehabilitation) – цей термін використовується, коли ресурси реабілітації доступні людині з інвалідністю за місцем його проживання. Інформація про інвалідність і необхідні заходи для реабілітації передається людям з інвалідністю, їхнім сім'ям і оточуючим їх людям. Близьке оточення людини з інвалідністю беруть участь у плануванні, прийнятті рішень та оцінці програми реабілітації, що слугує процесам демократизації реабілітації.

Реабілітація за місцем проживання: розрахована на людей з інвалідністю, які проживають у місцевості, віддаленій від розвинутої інфраструктури медичних, соціальних, освітніх послуг і закладів. Підхід розрахований на місцевість із програмами реабілітації за місцем проживання, завдання яких забезпечити, щоб люди з обмеженими можливостями мали рівний доступ до послуг і можливостей щодо охорони здоров'я, освіти і джерел доходу, є прикладом цілеспрямованих заходів, що розробляються і здійснюються місцевими громадами, за активної участі дітей і дорослих з інвалідністю. Інклюзивні підходи, засновані на концепції доступності та універсального дизайну, зробили систему послуг загальнодоступними для всіх, без створювання паралельних систем [230; 35].

Підхід реабілітація на рівні громад – спочатку була засобом надання послуг, орієнтованих на реабілітацію осіб, які проживають у країнах з низьким доходом шляхом використання ресурсів місцевих громад. Отримані якісні результати підходу надали можливість створити розширену стратегію розвитку.

При цьому, програми надання реабілітаційних послуг на рівні громад продовжують залишатися необхідним та актуальним елементом програм для суспільств різного достатку (Додаток Ж). Розроблена з метою забезпечення структурних рамок програм матриця включає 25 напрямів, які об'єднані в п'ять груп: здоров'я (укріплення здоров'я, профілактика, медична допомога, реабілітація, допоміжні засоби), освіта (раннє дитинство, навчальна, середня і вища, неформальна, освіта протягом життя), самозабезпечення (розвиток навичок, самозайнятність, наймана праця, фінансові послуги, соціальний захист), соціальні питання (індивідуальна допомога, особисті стосунки, шлюб і сім'я, культура і мистецтво, дозвілля, спорт; правосуддя), розширення прав і можливостей (адвокатування і комунікація, мобілізація громад, участь у політичному житті, групи самопомоги, організації осіб з інвалідністю). Перші чотири компоненти пов'язані з ключовими секторами розвитку, що відображають багатосекторальний характер реабілітації на рівні громад. П'ятий компонент пов'язаний з розширенням прав і можливостей самих людей з інвалідністю, їхніх сімей та громад, що відіграє важливу роль у забезпеченні доступу до кожного сектору розвитку, підвищення якості життя та забезпечення прав людини інвалідами. Матриця задумана так, щоб дозволити розробникам програм обирати альтернативні варіанти, які найкращим чином відповідають місцевим потребам, пріоритетам і ресурсам. Разом зі здійсненням конкретних заходів для осіб з інвалідністю, програми сприятимуть зміцненню партнерства і союзів з іншими секторами, не охопленими цими програмами безпосередньо, щоб забезпечити особам та членам їхніх сімей можливість доступу до переваг цих секторів [230; 35].

Інституційний підхід надає можливість фіксувати напрям розвитку реабілітації як соціального інституту, що може формуватися двома взаємоспрямованими потоками. Перший стосується усталених у процесі історичного розвитку форм, що є традиційними та інституційно-розбудованими та опираються на різні соціальні практики, а другий ініціюється безпосередніми потребами людей і формується у їхній соціальній взаємодії.

Теоретичний аналіз надав нам можливість визначити інституційний підхід як важливий у вивченні розвитку центрів реабілітації для дітей та молоді з інвалідністю, що передбачає аналіз основних підходів та понять у трактуванні інвалідності, реабілітації та її застосування у контексті розвитку та соціалізації дітей та молоді в умовах сучасного суспільства, а також здійснення інституційного аналізу згідно з рівнями функціонування центрів реабілітації дітей та молоді у соціальній системі, а саме: макрорівня (державного); мезорівня (організаційно-інституційного) та мікрорівня (група та отримувачі). Ми зосередили своє дослідження на вивченні інституційних передумов створення центрів реабілітації для дітей та молоді з інвалідністю в Україні за часів незалежності, які базуються на потребах дітей та молоді з інвалідністю в реабілітаційних послугах; батьківсько-громадських рухах; діяльності міністерств та їхніх підвідомчих організацій (центрів реабілітації для дітей та молоді з інвалідністю) та їхньому безпосередньому становленню. Прикладом для аналізу розвитку центрів реабілітації для дітей та молоді з інвалідністю в Україні були обрані центри соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями міста Києва як громади.

Таким чином проведений нами теоретичний аналіз надав нам можливість визначити інституційний підхід як основний у вивченні розвитку центрів реабілітації для дітей та молоді з інвалідністю, що передбачає теоретичний аналіз основних підходів та понять у трактуванні інвалідності, реабілітації та особливостей її застосування у контексті розвитку та соціалізації дітей та молоді в умовах сучасного суспільства а також здійснення інституційного аналізу згідно рівнів функціонування центрів реабілітації дітей та молоді у соціальній системі.

Висновки до розділу 1

Історико-парадигмальний аналіз поняття «інвалідності» показав зміну підходів у його трактуванні: від предметного розуміння з позиції нездатності та некорисності людини з функціональними порушеннями до суб'єктного, що

переводить фокус уваги на особистість людини з інвалідністю та вказує її право на громадянське самовираження. Історично цей процес супроводжувався зміною моделі розуміння інвалідності: від медичної, соціальної, правової до біопсихосоціальної. Остання модель інтегрує напрацьовані пріоритети оцінки інвалідності: медичні показники психофізіологічного стану людини та наявні функціональні порушення, проактивну позицію самої людини, середовищні чинники та правові засади соціального ствердження кожного члена суспільства. З'ясовано, що на сучасному етапі інвалідність трактується не як особистісна, а як проблема взаємодії особистості з суспільством, де суспільство спрямовує суспільні дії на вивченні і усуненні різноманітних бар'єрів і недопущення дискримінації, а також посилення процесів включення та інтеграції осіб з інвалідністю у суспільство. Розглянуті підходи і зміни відображено у діючих професійних класифікаторах: Міжнародна класифікація хвороб (МКХ-11), Міжнародний класифікатор функціонування обмежень життєдіяльності і здоров'я (МКФ) та Міжнародний класифікатор функціонування обмежень життєдіяльності і здоров'я дітей та підлітків (МКФ-ДП).

Аналіз наукових джерел показав, що питання реабілітації осіб з інвалідністю, у тому числі і дітей та молоді, співпадають із моделями розуміння самого поняття інвалідності та відображаються у нормативних документах держави і тим самим мають вплив на зміну парадигм в соціальній політиці, соціальній роботі й реабілітації. Серед існуючих численних трактувань поняття, «соціальну реабілітацію» ми будемо визначати як процес повернення особи до активного життя, відновлення її соціального статусу та здатності до самостійності. Для дітей з інвалідністю цей процес буде абілітацією. Слідуючи за науковою думкою ми також будемо розглядати реабілітацію, як життєву ситуацію людини з інвалідністю, що є мінливою: можливості для змін відбуваються на рівні біологічних функцій і навичок, психічних компетентностей і якостей, а також соціальних стосунків.

Здійснений нами аналіз показав, що в Україні відбувається перехід з медичної моделі реабілітації, однак вона все більше доповнюється надбаннями

соціально-правової моделі та біопсихосоціальної, що передбачає підтримку альтернативного розвитку людини та її творчого потенціалу, зниження впливу соціальної ізоляції через включення в громаду, підтримку соціальних стосунків людини, участь людини у плануванні власного реабілітаційного процесу, процесу нормалізації та соціального включення. До цілей реабілітаційного процесу науковці відносять: відновлення та корекція здоров'я (фізичного, соціального, психічного); соціалізацію; соціальну інтеграцію; соціальну адаптацію; підвищення якості життя; формування стилю незалежного життя.

Встановлено, що реабілітація дітей та молоді з інвалідністю має свою специфіку, що відображається у принципах і закономірностях організації соціально-психологічної реабілітації дітей з інвалідністю, а саме: реабілітація дитини має здійснюватися за участю і підтримкою її сім'ї; має бути: обмеженою у часі, протягом якого з'являються нові якості дитини; опиратися і враховувати специфіку кожного вікового етапу розвитку дитини; бути комплексною і сприяти соціалізації особистості, засвоєнню культурного і духовного спадку. Отже, робота служб з питань реабілітації (абілітації) дітей та молоді з інвалідністю має включати два напрями: робота з дітьми та молоддю з питань розвитку, соціалізація та набуття навичок самостійності; робота з батьками як представниками законних прав та інтересів дитини з інвалідністю.

Визначено, що надання соціальних послуг у сфері реабілітації осіб з інвалідністю має супроводжуватися дотриманням принципів, які вироблені міжнародною спільнотою: самостійності, взаємодії, універсального дизайну, гідності і прав людини, принципу участі, активності, інклюзії. Процес реабілітації в сучасних умовах спрямовано на те, щоб людина з інвалідністю якнайраніше набула самостійності.

Проведений аналіз показав, що вивчення розвитку центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю має опиратися на положення інституційного підходу, який пояснює процес формування як інституту соціальної реабілітації так і його інституцій, наразі, центру. Цей процес передбачає закріплення певних практик, що орієнтовані на задоволення потреб людей (реабілітації

дітей та молоді з інвалідністю) з наступною їх організацію у певну структуру та початок процесу її узаконення (легітимація), що у подальшому починає сприйматися як звична форма. Етимологічний аналіз поняття «центр» вказує на місце зосередження певної діяльності, угруповання навколо чогось, що також може трактуватися як певна служба. У цьому контексті для нашого дослідження видається важливою концепція Ж. Вилкена і Д. Холландера щодо трьох категорій реабілітаційних послуг: індивідуально-професійна підтримка, програми, служби, де остання може трактуватися як «центр». Інституційний підхід надає нам можливість припуститися гіпотези, що формування та розвиток центрів може мати дві лінії формування: горизонтальну (на основі соціальної взаємодії щодо задоволення потреб людей територіальної громади), другий – вертикальний (на основі адміністративних рішень).

Результати вивчення окресленої проблеми опубліковано в таких публікаціях автора: [159; 160; 163; 164; 168; 171; 180].

РОЗДІЛ 2.

ПЕРЕДУМОВИ СТВОРЕННЯ ЦЕНТРІВ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ ТА МОЛОДІ З ІНВАЛІДНІСТЮ В НЕЗАЛЕЖНІЙ УКРАЇНІ

2.1. Батьківсько-громадський рух як індикатор суспільних потреб щодо реабілітації дітей та молоді з інвалідністю

За логікою дослідження у другому розділі дисертаційної роботи використано комплекс історико-структурних методів, що уможлиблює виокремлення та характеристики етапів розвитку центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю. Зокрема, за допомогою структурно-функціонального методу системного дослідження соціальних явищ ми розглядаємо систему реабілітації дітей та молоді з інвалідністю, яка сформувалась за часів незалежної України.

Матеріали параграфу спрямовані на реалізацію другого завдання дослідження, що передбачає виконання наступне: здійснити аналіз передумов формування центрів за часи незалежної України; аналіз існуючої системи реабілітації дітей та молоді з інвалідністю як спадку пострадянської системи на основі вивчення нормативно-правових та настановних документів, матеріалів сайтів міністерств та закладів реабілітації тощо; вивчення ініціатив в громаді щодо створення та розбудови реабілітаційних послуг для дітей та молоді з інвалідністю; на основі використання статистичних даних державного та місцевого рівня визначити нагальність потреб щодо реабілітаційних послуг дітям та молоді з інвалідністю; здійснити аналіз започаткування та розвитку центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю на прикладі однієї адміністративної одиниці, наразі, м. Києва.

Предметом аналізу були: нормативно-правові документи щодо діяльності системи реабілітації в Україні та міжнародної спільноти; сайти міністерств, у підпорядкуванні яких працюють заклади реабілітації (у тому числі дітей та молоді з інвалідністю); інформаційні матеріали закладів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю; архів, звіти, нормативно-правові документи,

інформаційно-методичні матеріали ЦСССДМ, громадських організацій, КМДА з питань розвитку у м. Києві центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю.

Становлення України як незалежної держави вимагало соціальних змін, які виявляли такі кроки: 1) сприятливі умови для розвитку ініціатив батьків у створенні громадських батьківських рухів щодо захисту прав дітей з інвалідністю; 2) збільшується відсоток родин, які при народженні дитини з інвалідністю стали виказувати готовність забирати її із пологового будинку у сім'ю, на противагу діючому на той час законодавству відмовитись від дитини; 3) перестав задовольняти людей з інвалідністю діюча сегрегаційна система, що створена за часів Радянського Союзу: люди прагнуть впливати на своє життя самостійно, підвищувати його якість та реалізовувати право на проживання у власній родині. Натомість, у перші роки незалежної України ще не була сформована сімейно-центрована система допомоги дітям та молоді з інвалідністю. Тож перші ініціативи створення громадських організацій (далі ГО) стали формувались із середовища батьків дітей з інвалідністю. У перші роки новоствореної держави активність цих організацій все більше стало поширюватися на різні сфери життя і охоплювало не лише питання медичного лікування і фізичної реабілітації дітей з інвалідністю, а й освіту, соціалізацію і соціальну реабілітацію та інтеграцію. Відтак, громадські організації починають представляти інтереси людей з інвалідністю. У 1990 році їх було всього 7, а у 2000 році нараховувало 95 (рис. 2.1).

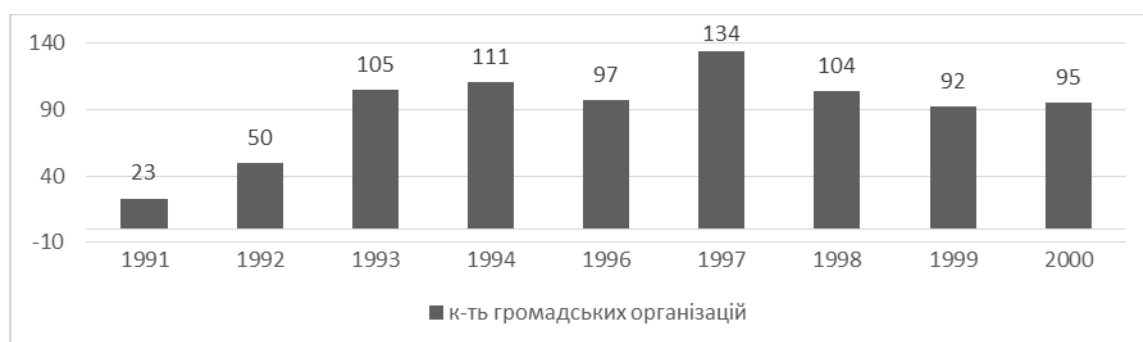


Рис.2.1. Динаміка створення громадських організацій осіб з інвалідністю

Джерело: розроблено автором

Далі ми аналізуємо розвиток батьківсько-громадських рухів як відповіді на потреби сімей щодо розвитку та реабілітації їхніх дітей з інвалідністю,

включення їх у суспільство. Громадські організації по всій Україні почали започатковувати різні соціальні проекти соціальної реабілітації осіб з інвалідністю: спортивні змагання, культурологічні заходи, відпочинкові програми. Організації активно займаються гуманітарною допомогою, деякі почали створювати і надавати нові послуги дітям з інвалідністю, особам з інвалідністю, підтримувати батьків, які виховують дітей з інвалідністю. Одним із важливих напрямів їхньої діяльності стало започаткування програм або центрів реабілітації для дітей з інвалідністю при громадських організаціях, підтримку на діяльність яких отримували в міжнародних проектах, місцевому самоврядуванні, благодійництві. Започаткування програм або центрів реабілітації є важливим критерієм для проведення нашого дослідження батьківсько-громадського руху у започаткуванні системи реабілітації для дітей та молоді з інвалідністю. Наступним критерієм є те, що організацію започаткували батьки дітей з інвалідністю або особи з інвалідністю. Третім критерієм є дотримання принципів міжнародних правових рухів осіб з інвалідністю «не робить для нас без нас», «включення в суспільство», «самостійність осіб з інвалідністю». Не всі організації, які відповідають цим критеріям ми включили в дослідження, в той же час зробили виключення для всеукраїнських організацій, які впливають на соціальну державну політику. Для здійснення вивчення батьківсько-громадського руху в досліджуваний період, ми застосували методи соціальних наук: вивчення документів, спостереження, аналіз програм діяльності і звітів, періодичних видань; пошуково-бібліографічні: вивчення архівних джерел. Розглянемо діяльність громадських організацій місцевого і всеукраїнського рівнів.

Так, однією з таких організацій місцевого рівня є «Міська громадська організація допомоги та сприяння дітям-інвалідам з дитинства «Церебрал»», що створена в 1991 році біля кабінету лікаря (м. Київ). Медики не надавали батькам інформацію про новостворену організацію, а батькам-активістам контакти інших батьків дітей з дитячим церебральним паралічем, тому перші дві активістки чергували під кабінетом лікаря і знайомились з батьками,

запрошували до співпраці. Організація об'єднала більше ніж 300 сімей і створила осередки в усіх 14 районах міста Києва. Організація започаткувала багато важливих соціальних проектів, які внесли зміни в тогочасну ситуацію, такі як створення відділень соціально-медичної реабілітації дітей з розумовою відсталістю та дітей з ураженням ЦНС, порушеннями психіки при територіальних центрах соціального обслуговування м. Києва; спеціальної загальноосвітньої школи «Надія» (м. Київ), започаткування реабілітаційних послуг у дошкільній дитячій установі № 591 для дітей з порушенням опорно-рухового апарату та ДЦП Дніпровського району м. Києва; впровадження соціальної програми «Ігротеки для дітей-інвалідів» при мережі центрів соціальних служб для молоді, які з часом стали установами центрами соціально-психологічної реабілітації в м. Києві. Уже в 1999 році в м. Києві активно діяли міські організації і товариства: мережа «Церебрал» у кожному районі міста Києва, «Діабетик», «Джерела», Фонд дітей Чорнобиля «Квіти полину», «Дитинство», спеціалізована «Школа Життя» для дітей з аутизмом; районні організації дітей з інвалідністю міста: «Каштани Києва», клуб дітей-інвалідів «Журавлик», «Дзвіночок», «Віра», «Онколог», «Діти Чорнобиля», «Діти Чорнобиля за виживання». З кожним роком створювались нові організації [5].

Так, у травні 1990 року утворилося Львівське обласне добровільне батьківське товариство захисту дітей з дитячим церебральним паралічем «Надія», організація місцевого рівня, яке у співпраці з волонтеркою з Канади З. Кушпета створили в 1993 році «Навчально-реабілітаційний центр «Джерело». Організація налагодила взаємодію з Львівською міською радою і департаментом соціальної політики м. Львів, що було важливим сегментом вибудовування партнерства і взаємодії з державним сектором у вирішенні актуальних питань сімей, які не віддали на утримання в державний заклад дітей з інвалідністю. За фінансової підтримки Українсько-канадської програми «Партнери у сфері охорони здоров'я» (1994–1995 рр.) організацією було створено навчальну програму підготовки спеціалістів з фізичної реабілітації у

Львівському державному інституті фізичної культури. У 1996 створено першу інклюзивну навчальну програму, що поєднувалась з реабілітацією в загальноосвітній школі № 82 (м. Львів). У 2002 році центр отримав власне приміщення і розпочалась програма раннього втручання. Центр надає реабілітаційні, соціальні, освітні послуги у відділеннях: садок-школа для дітей від 3 до 18 років (з важкими комбінованими формами інвалідності); відділення раннього втручання від 4 років (має два філіали в дитячих поліклініках міста); відділення розвитку дитини (заняття з логопедом, психологом, фахівцем фізичної реабілітації, спеціальним педагогом); майстерні (денні реабілітаційні програми для осіб з інвалідністю старших 18 років). Центр має тренінговий центр і відділ соціальних проєктів і розвитку. Щодня центр відвідує 200 вихованців. Центр має власне приміщення, розбудовувати яке почали в 1994 р. [92].

У контексті роботи важливим для нас є дослідження американських вчених М. Селігмана та Р. Дарлінга щодо адаптації батьків до інвалідності дитини [238]. Науковці визначили чотири адаптаційні стратегії, які ми співвіднесли з діями та залученням громадських рухів осіб з інвалідністю щодо вирішення їхніх актуальних питань, пов'язаних з інвалідністю (табл.2.1).

Таблиця 2.1.

**Аналіз стратегій адаптації сімей з інвалідністю
в контексті соціальних змін (М. Селігман, Р. Дарлінг)**

Стратегії адаптації	Активність	Типи залучення
«Нормалізація»	- життя в суспільстві;	- «теорія включення»; - інтеграція
«Хрестовий похід»	- створення послуг; - зміни в суспільстві;	- створення субкультури; - субкультура, як тимчасове явище;
«Альтруїзм»	- допомога іншим;	- «теорія включення»; - субкультура, як тимчасове явище;
«Покірність»	- ізоляція;	- дезадаптація, складні життєві обставини.

Джерело: [292]

Відповідно до теорії науковців М. Селігмана і Р. Дарлінга, можемо стверджувати, що якісне залучення в суспільне життя досягається у стратегіях «Нормалізація» і «Альтруїзм». Натомість, стратегії типу «Хрестовий похід» і «Покірність» не можна охарактеризувати таким чином, оскільки вони є

чуттєвими: змінюються в залежності від потреб сімей, віку дитини, можливостей, рівня доступу до допомоги. З початку незалежності батьківські організації України, за нашим спостереженням, обирають тенденцію «Хрестового походу» до вирішення певних питань і створення послуг для представників конкретної групи інвалідності (або вікової групи осіб з інвалідністю) і залишатися на цьому рівні не включаючись у життя всього суспільства. Було відмічено, що названі тенденції можуть приводити до створення субкультури.

Розглянемо діяльність громадських організацій всеукраїнського рівня, які свою активність спрямовують на формування державної соціальної політики щодо осіб з інвалідністю. Одне з перших об'єднань в Україні, щодо формування соціальної політики стосовно осіб з інвалідністю – це «Союз організацій осіб з інвалідністю України» (СОІУ), заснований у 1990 році. СОІУ брала участь у розробленні в 1990-х роках комплексної програми розв'язання проблем інвалідності, спрямованої на профілактику інвалідності, реабілітацію, освіту, працевлаштування і створення безбар'єрного середовища. За пропозицією СОІУ в 1994 році створена Рада у справах інвалідів при Кабінеті Міністрів України, роль якої полягала у тому, щоб організувати взаємодію центральних і місцевих органів державної виконавчої влади, підприємств, установ та організацій, Фонду соціального захисту інвалідів та громадських об'єднань осіб з інвалідністю для спільного вирішення проблем людей з інвалідністю. На сьогодні організація здебільше сприяє та співпрацює з органами державної влади з питань соціального захисту і реабілітації осіб з інвалідністю. Програм і надання послуг щодо реабілітації не реалізує. На здійснення статутної діяльності отримує фінансування з бюджету країни [39].

У середині 90-х років ХХ ст. – 2000 роках громадські організації активно почали створювати нові Спілки, Коаліції, Асамблеї та інші об'єднання. Одна із організацій, яка залучена до формування соціальної політики стосовно людей з інвалідністю, у тому числі дітей та молоді – це Всеукраїнська організація «Національна асамблея людей з інвалідністю» (далі НАІУ). Метою створення

Асамблеї (22.09.2001 р.) було об'єднання громадських організацій, членами яких є люди з інвалідністю; консолідація та узгодження дій, зусиль, спрямованих на поліпшення становища осіб з інвалідністю в Україні; підвищення ролі та соціального статусу людей з інвалідністю в суспільстві та сприяння їх конституційних прав. У 2020 р. НАІУ охоплює 91 громадську організацію осіб з інвалідністю (батьків дітей з інвалідністю), які мають різні статуси: місцеві, національні. НАІУ активно співпрацює з Офісом Президента України, Верховною Радою України, Кабінетом Міністрів України, міністерствами та відомствами, міжнародними організаціями та представництвами. НАІУ визнано соціальним партнером держави з питань формування соціальної політики щодо осіб з інвалідністю, забезпечення їхніх прав, здійснення експертної оцінки та моніторингу національного законодавства, зокрема в Указах Президента, Постановах та Розпорядженнях Уряду. У 2010 році НАІУ отримала Спеціальний консультативний статус при Економічній та Соціальній Раді ООН (ЕКОСОП). Голова НАІУ в 2010–2012 рр. був членом групи експертів Ради Європи з розробки міжнародної політики щодо людей з інвалідністю. НАІУ співпрацює з громадськими організаціями з 20 країн світу з метою формування цілеспрямованої політики та практики у сфері подолання проблем людей з інвалідністю, упровадження положень Конвенції ООН про права осіб з інвалідністю. З 2019 року реалізує проект «Зміцнення реабілітаційних послуг в системі «охорони здоров'я», за фінансування уряду США, з метою вдосконалення нормативно-правової бази медичної реабілітації осіб з інвалідністю [40].

Ці національні організації фінансуються Міністерством праці та соціальної політики України за окремим рядком національного бюджету на статутну діяльність, а не на вимірювані проекти. Така ситуація формує залежність зазначених громадських організації від держави, робить їх «зручними»; не створює умов для реальних процесів виборювання прав, вивченню актуальних потреб людей з інвалідністю і плануванню заходів їх вирішення та впровадженню заходів системних змін. Підтвердженням є те, що в СОІУ, НАІУ

так і не з'явилися послуги з адвокації і не виграно жодного суду з питань порушень прав людей з інвалідністю. Це не відповідає принципам демократичності, прозорості і рівного доступу всім громадським організаціям на отримання державного фінансування на діяльність.

Інші дві потужні громадські організації в Україні, які функціонують за фінансової підтримки держави, створено ще 1933 року: Українське товариство глухих (УТОГ) і Українське товариство сліпих (УТОС). Ці традиції збереглися з часів Радянського союзу і перейшли до незалежної України. На сьогодні УТОГ і УТОС мають розгалужені культурні центри по всій Україні, спеціалізовані виробництва, гуртожитки, бази відпочинку. Наразі до складу УТОГ входить 21 обласна, 103 територіальних організацій, 614 первинних організацій, що об'єднують 50 тисяч громадян з порушенням слуху. З метою професійного навчання і працевлаштування нечуючих у системі УТОГ діє 31 навчально-виробниче і виробниче підприємство. Для соціального та культурного розвитку осіб з порушенням слуху функціонує 24 обласних та 7 районних закладів культури, професійний театр «Райдуга». Для підготовки перекладачів жестової мови і підвищення кваліфікації працівників системи УТОГ діє навчально-відновлювальний центр, для інформаційного забезпечення нечуючих видається щотижнева газета «Наше життя». З метою реабілітації і оздоровлення діє 3 оздоровчих центри в Одеській обл., Миколаївський обл., Пущі-Водиці м. Києва [37]. УТОС має 24 обласні організації, Київську міську та 178 первинних організацій УТОС і 121 територіальну, 57 виробничих первинних організацій, 13 підприємств у різних областях України. Для задоволення культурних потреб у складі УТОС діє Центральна спеціалізована бібліотека для сліпих імені М. Островського, Об'єднана редакція періодичних видань УТОС «Заклик», навчально-інформаційний комп'ютерний центр, реабілітаційний центр УТОС [38].

Натомість в Україні є приклади, коли батьківська громадська організація створила послуги в громаді міста Києва і об'єднала навколо інші організації, які працюють з особами з ментальною та інтелектуальною інвалідністю на національному рівні. Благодійне товариство допомоги інвалідам з

інтелектуальною недостатністю «Джерела» з 1997 року здійснює свою діяльність у м. Києві у співпраці з державними і громадськими організаціями. Ними реалізовувано потужні програми підтримки осіб з інтелектуальною недостатністю («Програма для випускників інтернатних закладів «Випускник», «Пункт прокату реабілітаційного обладнання», «Центр підтримки родин», «Попередження інституалізації дітей з інтелектуальною недостатністю») [20]. З часом за ініціативи організацій, які працювали о особами з інтелектуальною недостатністю, у 2004 році створено товариство «Коаліція захисту прав осіб з інвалідністю внаслідок інтелектуальних порушень». У 2020 році воно об'єднує 117 громадських, комунальних організацій, які опікуються особами з інтелектуальною інвалідністю. Місією Коаліції є розробка та впровадження сучасних підходів до соціальної допомоги людям з інтелектуальними порушеннями в державі. Коаліція має такі напрями діяльності: захист прав, представництво інтересів, деінституалізація, соціальна інтеграція та адаптація до життя [36]. Відтак, ми спостерігаємо розвиток нових напрямів роботи організації всеукраїнського рівня у створенні необхідних послуг для інтеграції і інклюзії в суспільство осіб з інтелектуальною інвалідністю.

Окремою самостійною організацією є Всеукраїнська благодійна організація «Даун Синдром», заснована батьками в 2004 році, з 2010 року є членом Європейської Асоціації Даун Синдром (European Down Syndrome Association). Громадська організація почала проводити активні просвітницькі кампанії з популяризації і розуміння осіб з синдромом Дауна (інформаційна кампанія з зірками культури та спорту України «Діти як діти, тільки з синдромом Дауна», організовано гастролі голландського Jostiband Orkest музикантів з інтелектуальною інвалідністю, започаткувала відзначення в Україні Міжнародного дня осіб з синдромом Дауна – 21 березня. На сьогодні це відома акція з різнокольоровими шкарпетками по всій країні). У 2006 році започатковано проект з Київським департаментом охорони здоров'я Виконавчого органу КМДА та Київським центром соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді з консультування породіль при народженні дитини з синдромом

Дауна. Цей проект виявив національну прогалину з відсутності клінічного протоколу по синдрому Дауна для медиків, що часто приводило до того, що дітей з синдромом Дауна не обстежували профільні фахівці вчасно і багато проблем «записувалося» на наявність хромосомної аномалії. Наприклад, у деяких дітей з синдромом Дауна порушення слуху (а таких 70%) виявляли лише у трирічному віці, а то і пізніше. Хоча в європейських країнах слух у дітей с синдромом Дауна перевіряють ще в перші тижні життя з подальшим щорічним обстеженням. Тому за ініціативи ВБО «Даун Синдром» спільно з Міністерством охорони здоров'я України проведена комплексна робота: науково-практична конференція з інформування медиків про синдром Дауна, створення робочої групи з розробки «Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Синдром Дауна», який був затверджений наказом МОЗ України (від 20.10.2015 № 685). Клінічний протокол містить рекомендації лікарям важливу інформацію про те, як повідомляти про діагноз батькам під час вагітності, а також так і після народження дитини. Наразі кожний третій лікар нашої країни пропонує відмовитись від дитини, не надавши батькам сучасну і збалансовану інформацію про реальні можливості людини з синдромом Дауна. Ще один з важливих проектів організації – це Центр раннього розвитку для дітей з синдромом Дауна. Центр надає послуги дітям від 0 до 8 років командою спеціалістів за програмами «Немовлята – перший рік життя» (0-1), «Малята» (від 1-2), «Карапузики» (від 2-3), «Чомусики» (4-5(6)), «Пізнайки» (6-7). Для батьків проводиться групова робота у студії «Тато й мама в курсі». Наступний проект, який реалізується з 2011 року «Перспектива 21-3» у трьох сферах життя: навчання, працевлаштування, самостійне проживання (під наглядом) спільно з спеціалізованою школою-інтернатом 26 (м. Київ) під науковим супроводом Інституту спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмоченка Національної академії педагогічних наук України. За цей час відпрацьовані методики навчання і розроблено підручники для навчання дітей з синдромом Дауна. З 2017 року організація реалізує проект «Підтримане

працевлаштування» з працевлаштування молодих осіб з синдромом Дауна у мережі магазинів «Ашан». Таким чином досвід діяльності цієї організації висвітлює ще один важливий напрям роботи громадського сектору з міністерствами у створенні нормативних документів і науковцями у створенні науково-методичної бази для спеціалістів [273].

Важливий внесок у розвиток незалежного руху людей з інвалідністю зробила Всеукраїнська громадська організація інвалідів «Група активної реабілітації». Організація діє в Україні з 1991 року, а офіційно зареєстрована лише в 2002 році. У співпраці зі Шведською неурядовою організацією «RG Aktiv Rehabilitering» українські активісти пройшли навчання методам активної реабілітації за методом «рівний-рівному». Сьогодні організація покликана здійснювати заходи щодо сприяння активній реабілітації людей з ураженнями хребта і спинного мозку, які користуються кріслом-колісним. Активна реабілітація – це комплекс заходів із застосуванням засобів фізичної культури і спорту, спрямованих на самообслуговування, максимальну незалежність у повсякденному житті і побуті; інтеграцію і громадську активність людини, яка перенесла травми або захворювання хребта і спинного мозку, внаслідок цього пересувається на кріслі-колісному. Основними складовими процесу активної реабілітації є психологічна, соціальна та фізична реабілітація. Організація реалізує декілька важливих реабілітаційних програм. Одна з них, табір активної реабілітації, який є найефективнішим методом відновлення фізичного та соціального стану людини після травми хребта. Метою табору є поліпшення якості життя через розвиток самостійності, досягнення максимальної незалежності від допомоги інших людиною, яка користується кріслом-колісним. Філософія табору ґрунтується на гаслі – «навчився жити в колясці сам – навчи іншого». Головну роль у процесі навчання відіграють інструктори з активної реабілітації, користувачі крісел-колісних, які за методом «рівний-рівному» є переконливим прикладом можливості вести самостійне якісне життя на рівні зі звичайними людьми. Протягом десяти днів учасники проходять практику за різними темами: техніка їзди на кріслі-колісному,

самообслуговування, спорт, фізична підготовка, права, гігієна, стосунки, самопрезентація тощо. Технологія проведення таборів активної реабілітації передана Шведською неурядовою організацією «RG Aktiv Rehabilitering». В Україні табори активної реабілітації проводяться з 1991 року і реалізуються виключно ВГОІ «ГАР», за підтримки Укрцентру «Інваспорт» з 2002 року і окремих благодійників, з 2010–2019 рр. НАІУ. За роки діяльності табори реабілітували тисячу осіб з інвалідністю, майже всі українські параолімпійські спортсмени і чемпіони розпочали свій спортивний шлях у таборах.

Ще один проєкт організації – це програма «Перший контакт», яку проводять інструктори організації в лікарнях чи реабілітаційних центрах з людьми, які отримали травму хребта. Інструктори надають всебічну інформацію про життя після травми, особливості гігієни, фізичних навантажень, будівництва стосунків, праці, активного способу життя, життєвих перспектив. Інструктори першого контакту, переважно, самі перенесли травму хребта і спинного мозку і є прикладом реабілітованої людини, яка досягла нормалізації і самостійного життя. Для розповсюдження досвіду ГАР проводяться семінари для працівників медичних закладів: лікарів, сестер медичних, реабілітологів, інструкторів ЛФК, здійснюється співпраця з викладачами вищих навчальних закладів. Мета навчань – показати потреби і можливості людини з травмою хребта і спинного мозку в післялікарняний період. Спеціалісти, які проходять навчання мають змогу програти і подивитись на ситуацію людини, яка пересувається у кріслі-колісному, через пережитий у грі досвід, дослідити більше обмежень і бар'єрів, яких спеціалісти не помічали раніше, або яким не надавали значення. З 2019 р. почали проводити «Школи активної реабілітації для жінок з інвалідністю «Я зможу». У планах організації «ГАР» проведення таборів для дітей з ураженням опорно-рухового апарату, спортивних таборів для осіб, які хочуть розвивати самостійність і вести активний спосіб життя. Організація здійснює реабілітаційні програми для осіб з набутою інвалідністю через травму хребта і спинного мозку [41].

Незаперечний внесок у розвиток послуг і системи реабілітації для молоді з інвалідністю зробив Благодійний фонд розвитку інформаційних та комп'ютерних технологій «АІК» (Асоціація інвалідів комп'ютерників), який офіційно виник навесні 2002 року. Але започаткував свою діяльність у 1999 році як неформальне об'єднання молодих людей з інвалідністю, які захоплювалися вивченням комп'ютерної техніки. Засновники фонду були особами з інвалідністю з дитинства (важких форм), що було унікальним явищем для того часу для України. Перші керівники фонду – президент Євген Монукало і віце-президент Сергій Страпак об'єднали навколо себе активну молодь з інвалідністю, які притримувались концепції незалежного життя. З 2009 року місію фонду продовжили Юлія Ресенчук та Наталія Мароцька. За цей час фонд мав два етапи розвитку, перший (2002–2015 рр.): навчання професіям, пов'язаних з комп'ютерами; розвиток самостійності молоді з інвалідністю (гідне і безбар'єрне існування). Для своїх членів фонд створював можливість опанувати професії, активно проводити дозвілля, мандрувати, відчувати себе активним членом суспільства. За той час фонд встиг реалізувати чимало різноманітних проектів: «Доступний світ», «Інвак-інфо» – інтернет-портал для людей з інвалідністю [86], веб-студія «UNAIK», в якій працюють люди з фізичною інвалідністю, «Практикуми», «Комп'ютер – спосіб життя», «Інтернет без обмежень», табори «Самостійного життя». З 2016 року АІК відкоригував свою назву – Благодійний фонд «АІК» (Асоціація Інклюзивної Країни). Членами фонду є люди як з вродженою, так і набутою інвалідністю. Фонд визначив місію: пропагування незалежного способу життя людей з інвалідністю, відстоювання їхніх прав і сприяння реалізації потенціалу людини з інвалідністю в суспільстві. Важливим завданням вбачають розвивати інклюзивне суспільство і популяризувати позитивний образ людини з інвалідністю. Цінності фонду: віра в Бога (фундамент діяльності є духовний початок), любов до своєї країни (зробити Україну кращою); людина (її якість життя і самостійність), чесність (прозора та чесна діяльність, без незаконних схем). Програми, які фонд реалізує: «Навчання без обмежень» (ІТ, вивчення

англійської мови), «Програма можливості для працевлаштування», «Просвітницька робота» (руйнування стереотипів, підвищення освіченості з питань інвалідності у членів суспільства, зміцнення гідності осіб з інвалідності, поваги до їхніх прав), «Благодійність задля незалежності» (благодійна допомога тим, хто потребує). За 20 років діяльності організація здійснювала свою діяльність без фінансової підтримки держави [21].

Великий крок у зміні ставлення до людей з інвалідністю як до об'єкта соціального захисту, до громадянина, наділеного талантами, який вносить свій внесок в розвиток суспільства, зробив рух інтегрованих театрів під керівництвом режисера Віталія Люботи. З 2001 року створено театр «Паростки» у громадській організації «Спілка матерів дітей та дорослих осіб з інвалідністю внаслідок інтелектуальних та фізичних порушень м. Києва «Сонячний промінь». Організація започаткувала і проводила з 2002 по 2013 роки щорічний Міжнародний фестиваль інтегрованих театрів «Сонячна хвиля» (м. Київ), де протягом п'яти днів учасники з різних країн і регіонів України могли демонструвати свої творчі таланти на театральних сценах м. Києва. Вистави, які демонструвались під час проведення фестивалю проходили попередній відбір за критеріями всесвітнього руху незалежного життя осіб з інвалідністю: показати творчі можливості і таланти людини, а не її інвалідність. Організатори проводили навчання серед керівників творчих колективів з роз'яснення технології роботи інтегрованого театру і його принципів: театр, костюми, звук, світло мають працювати на усунення образу інвалідності у глядача. Метою театру є реабілітація осіб з інвалідністю, а не лише створення творчого продукту. Інтегрований театр є універсальним засобом спілкування, розуміння світу і реабілітації. Під час занять у народному театрі-студії «Паростки» людина з інвалідністю, отримує можливість навчитись виражати свої відчуття, взаємодіяти з іншою людиною, розкривати свій творчий потенціал, розвиватись. Сама методика підготовки актора побудована на виявленні і розкритті його творчого потенціалу; сприянні їхньому подальшому творчому зростанні; соціально-психологічної адаптації дітей, юнацтва, молоді

за допомогою театрального мистецтва, навчання і формування в них життєво важливих навичок через акторство і театр; вивченню впливу творчості на реабілітаційні процеси людей з інвалідністю. Програвання різноманітних аспектів життя підвищує адаптивні можливості і створює умови для набуття соціальних навичок, досвіду взаємодії в суспільстві, розуміння реальності. Постійні репетиції, підготовка до вистав і виступи створюють умови для зайнятості і активного соціального життя акторів театру. Театр отримав статус народного і має у своєму складі 26 акторів, 3 режисера, музикального керівника, звукорежисера, спеціаліста по декораціям і костюмам (які актори в більшості виготовляють самі). Театр «Паростки» сприяв створенню руху інтегрованого театрального мистецтва осіб з інвалідністю в Україні з щорічним фестивалем «Непротоптана стежина» (м. Львів). Інтегровані театри зайняли впливове місце у культурному житті України, за час своєї роботи здійснюють вагомий внесок у зміні стереотипів сприйняття суспільством людини з інвалідністю і створюють умови для соціальної реабілітації самих учасників театального руху і їхнього найближчого оточення [5; 86].

Є приклад діяльності батьківської громадської організації, яка з часом стала професійною – це громадська організація «Сонячне коло», що започаткована батьками, які виховували дітей з аутизмом у 2005 р., проводили сімейні реабілітаційні корекційно-розвивальні табори, здійснювали підтримку батьків. З 2009 р. організацію очолили спеціалісти і з часом вона змінила назву *«Громадська організація спеціалістів «Системна допомога дітям з аутизмом «Маленький принц»*. Організація має відділення: інклюзивний ресурсний центр, центр абілітації та корекції, корекційно-розвиваючий центр. Свою діяльність здійснює у напрямках: діагностика аутизму, консультації (індивідуальна програма розвитку, реабілітації), соціальні послуги (соціально-психологічної, інформаційної, психологічної реабілітації і абілітації дітей з аутизмом), інклюзія, психолого-педагогічний супровід сім'ї [150].

Наше дослідження виявило громадські організації спеціалістів, які сприяли створенню реабілітаційних послуг клієнтській групі з якими працювали. Серед

професійних громадських організацій варто зазначити діяльність Асоціації психіатрів України (створена 12.01.1991). У перші роки діяльність Асоціації була спрямована на вирішення діагностичних і юридичних проблем, що залишилися від колишньої радянської психіатричної практики. Асоціація підтримувала діяльність батьківських громадських організацій, таких як Благодійна організація «Касталія», «Ініціативи в громадській охороні здоров'я», Асоціація родичів психічно хворих «Віта», Всеукраїнська громадська організація інвалідів з психічними розладами, Благодійне товариство допомоги інвалідам та особам з інтелектуальною недостатністю «Джерела», Асоціація психіатричних медичних сестер України, Громадська організація лікарів-геронтопсихіатрія «Промінь світла» (Донецьк). АПУ була ініціатором створення Школи соціальної роботи в Києво-Могилянській академії. Поступово члени-засновники Асоціації, а також її активісти визначили для себе найбільш важливі, пріоритетні напрями діяльності: надання медичної, соціальної та правової допомоги громадянам України з психічними захворюваннями; інформаційно-методична діяльність; ініціювання створення у країні громадських організацій, які об'єднують родичів осіб з порушенням психічного здоров'я, користувачів послуг системи психіатричної допомоги, медичних сестер психіатричного профілю; створення у країні інституту соціальних працівників і підготовка фахівців цього профілю. Члени асоціації на чолі з Семеном Глузманом працювали над створенням Закону України «Про психіатричну допомогу», яка була прийнята Верховною радою України в 2000 році, і новітньої її редакції 2018 року. Закон 2000 року відрізнявся від радянського і проголошував важливі принципи прав осіб з психіатричними захворюваннями, унеможлиблював тоталітарність у медичних закладах. У 1993 році за ініціативою асоціації було створено благодійне видавництво «Сфера», з метою видання книг і журналів для потреб української психіатрії. За час існування «Сфера» видала і поширила в безкоштовному режимі близько 170 найменувань книг і 9 найменувань журналів. Асоціація перекладає спеціалізовану зарубіжну літературу для лікарів-психіатрів, медичних сестер,

родичів. Зробила великий внесок у розвиток науково-методичної бази і заповнила освітню прогалину в сучасній українській психіатрії. На сьогодні видається електронний формат «Вісника Асоціації психіатрів України» [7]. Асоціація стала ініціатором створення першого в Україні центру медико-соціальної реабілітації для осіб з психічними захворюваннями, започаткування якого було в 1999 році. На сьогодні центр є відділенням медико-соціальної реабілітації психіатричного відділення № 6 ТМО «Психіатрія» [97]. У його штаті 27 співробітників, які пройшли дворічне навчання новим формам психосоціальної реабілітації і постійно підвищують свою кваліфікацію. Результатом діяльності АПУ стали створення Дослідницького центру соціальної політики, Українського інституту психічного здоров'я, Міжнародного медичного реабілітаційного центру для жертв війни та тоталітарних режимів. Організація ставить для себе нові завдання: створення соціальної психіатрії, з 2017 р. залучив до своїх лав соціальних працівників.

Останнє десятиріччя спостерігається тенденція створення батьківських громадських організацій і громадських організацій професіоналів у реалізації проектів з розвитку самостійності у людей з інвалідністю, поваги та прав і гідності, створення інклюзивного суспільства.

Благодійна установа «Дім самостійного життя» (м. Львів) заснована в 2008 році з метою сприяння адаптації особам з інтелектуальною та фізичною інвалідностями шляхом надання корекційно-педагогічних, освітніх, психологічних, соціальних, медичних послуг; здійснення фізичної, психологічної, соціальної, трудової реабілітації; налагодження самостійного та підтриманого проживання у громаді. Один з потужних проектів організації – це Тренінговий центр транзитного підтриманого проживання для людей на візках «Дім самостійного життя» працює з 2018 року. Робота будується у два етапи: робота з сім'єю, щоб дозволили молодій особі з інвалідністю до 30 років взяти участь у проекті (із-за гіперопіки батьків); проживання у квартирі 3-4 курси по три дні на різні теми самостійного життя. Додатково проводяться заняття для батьків, консультації реабілітолога з підбору і різновиду реабілітаційних

засобів. Перший рік роботи проекту показав проблеми з важливості підготовки дітей та підлітків з інвалідністю, які проживають у сім'ях, до самостійного життя з самого ранього дитинства чи отримання інвалідності: малогабаритні квартири не пристосовані до потреб членів сім'ї з інвалідністю, що унеможлиблює мобільність і самостійність; гіперопіка батьків; психологічна неготовність осіб з інвалідністю вести самостійний спосіб життя. Після року реалізації проект переорієнтували під потреби родини і спрямували роботу на дітей і підлітків. Виявили багато бідних сімей, які потребують підтримки. У будинку працюють керівник-реабілітолог, 2 асистенти. Під час курсу проживають дві особи на візку (без інтелектуальної інвалідності). Квартира знаходиться на першому поверсі житлового будинку. Має вітальню, кухню, три спальні, ванну кімнату, офісну кімнату. Мета будинку: підготовка до самостійного життя осіб з інвалідністю, гідне якісне життя [19].

Громадська організація «Відчуй» (м. Київ), заснована в 2011 році з метою адаптації осіб з порушенням слуху, реалізувала 15 всеукраїнських проектів, зарекомендувала себе серед сімей, які виховують дітей з порушенням слуху і спеціалістів різних спеціальностей. Протягом року організація надає реабілітаційні послуги дітям з порушенням слуху і підтримку сім'ям, в яких вони виховуються за такими напрямками: «Дитячий центр» (послуги з розвитку і корекції слухо-мовленнєвої функції), «Клуб юніор» (психологічна підтримка, розвиток творчих здібностей, розвиток комунікаційних навичок для підлітків з 8 до 12 років), «Підлітковий клуб Teeys» (пошук друзів, підготовка до дорослого життя, клубні зустрічі, охоплює учасників з 12 до 20 років). У 2016 році організацією було засновано соціальне підприємство «Inclusive Friendly» – унікальний проект для поширення інклюзії в суспільстві. 2018 року розпочався просвітницький проект «Коли тиша заговорила», до якого входять фото проект «Зіркова абетка» (Бронза премії «Effie Awards Ukraine 2018») та «Опера, яку ніхто не чув» (Золото премії Effie Awards Ukraine 2018, Золото премії Sabre Awards 2019). Створили телеграмканал вивчення жестової мови [202].

Узагальнюючи вищеописане, ми виокремили напрями розвитку ГО відповідно до рекомендацій громадському сектору, єдиної на цей час, Всесвітньої доповіді про інвалідність ВООЗ(2011) у вирішенні системних проблем, пов'язаних з інвалідністю, у тому числі доступу до всіх універсальних систем і послуг.

Ці рекомендації ми розглянемо як критерії діяльності досліджуваних ГО:

- 1) роз'яснювати особам з інвалідністю їхні права, жити самостійно, удосконалювати знання і навички;
- 2) підтримувати дітей з інвалідністю та їхні сім'ї забезпечувати інклюзивне виховання;
- 3) повідомляти особам, які приймають рішення на різних рівнях (місцевому, національному, міжнародному) актуальні потреби членів своїх організацій;
- 4) проводити оцінку і моніторинг послуг, співпрацювати з науковцями для проведення прикладних досліджень з метою удосконалення послуг;
- 5) проводити просвітницьку роботу в суспільстві з питань розуміння інвалідності;
- 6) проводити аудити зовнішнього середовища, транспортних послуг та інших систем і послуг з усунення бар'єрів [34]. Додамо критерій 7) впровадження реабілітаційних послуг, програм чи центрів, або лобювання законодавства у вирішенні цих питань (табл.2.2.).

Таблиця 2.2.

Спектр діяльності ГО в темі реабілітації дітей та молоді з інвалідністю

назва організації	1	2	3	4	5	6	7
ЛОБЗДДЦП «Надія» - НРЦ «Джерела»		+	+				+
«Церебрал»			+				+
СОІУ			+				
НАІУ		+	+	+	+	+	+
УТОГ							+
УТОС							+
БТ «Джерела»	+		+				+
ВБО «Даун Синдром»		+	+	+	+		+
ВГОІ «ГАР»	+					+	+
БФ «АІК»	+				+	+	+
«Спілка матерів м. Києва «Сонячний промінь»	+		+		+		+
«Маленький принц»		+					+
АПУ				+			+
БУ «Дім самостійного життя» (м. Львів)	+						+
ГО «Відчуй» (м. Київ)		+			+		+
Всього	5	5	8	3	5		14

Джерело: розроблено автором

Таким чином, доречно зазначити, що громадські організації в умовах демократизації все більше набувають функціональної здатності, з'являється різноманіття практик і послуг різним віковим групам і представництвам людей з інвалідністю, що слугує основою формування критеріїв ефективності і якості надання реабілітаційних послуг. В той же час фінансування громадських організації і їх проєктів потребує нормативно-правових змін у створенні відкритих прозорих конкурсів без бюджетного фінансування статутної діяльності окремих громадських організацій.

2.2. Структурно-функціональний аналіз системи реабілітації дітей та молоді у контексті діяльності різних міністерств

У цьому підрозділі ми зосередили свою увагу на процесі становлення системи надання реабілітаційних послуг дітям та молоді на різних рівнях державної соціальної політики: міністерства, організацій та безпосередньої практики. Забезпечення прав осіб з інвалідністю, у тому числі дітей та молоді з інвалідністю, гарантовано на законодавчому рівні в Україні і регулюється більш ніж 2 тисячами нормативно-правових актів, що стосуються сфери (освіти, зайнятості, транспорту, спорту, культури тощо). Крім того, розв'язанню соціальних проблем осіб відповідної категорії слугують державні й регіональні програми (табл. 2.3.).

Таблиця 2.3.

Законодавство України щодо розвитку системи реабілітації дітей та молоді з інвалідністю

Нормативний акт		Рік прийняття
Тип	Назва	
ЗУ	Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні	1991
	Про сприяння соціальному становленню та розвитку молоді в Україні	1993
	Про соціальну роботу з дітьми та молоддю	2001
	Про соціальні послуги	2003, 2019
	Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні	2005
	Про ратифікацію Конвенції про права осіб з інвалідністю і Факультативного протоколу до неї	2009
	Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я	2020

ПКМ	Про Комплексну програму розв'язання проблем інвалідності	1991
	Про схвалення Концепції ранньої соціальної реабілітації дітей-інвалідів"	2000
	Про затвердження типового положення про центр соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями	2005
	Про затвердження Державної типової програми реабілітації осіб з інвалідністю	2006
	Про затвердження Порядку надання окремим категоріям осіб послуг із комплексної реабілітації (абілітації)	2007
	Про затвердження Положення про індивідуальну програму реабілітації осіб з інвалідністю	2007
	Деякі питання забезпечення фізкультурно-спортивної реабілітації та розвитку спорту осіб з інвалідністю	2009
	Про затвердження Порядку забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю та інших окремих категорій населення, переліку таких засобів	2012
	Про затвердження Порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті для здійснення реабілітації дітей з інвалідністю	2019
	Державна програма	Державна програма розвитку системи реабілітації та трудової зайнятості осіб з обмеженими фізичними можливостями, психічними захворюваннями та розумовою відсталістю
Національний план дій щодо реалізації Конвенції ООН про права дитини (2009–2016 рр.)		2009
Національний план дій з реалізації Конвенції про права осіб з інвалідністю на період до 2020 року		2012
Про Національну стратегію реформування системи інституційного догляду та виховання дітей на 2017-2026 роки та план заходів з реалізації її I етапу (2017р.)		2017

Джерело: розроблено автором

Наразі в Україні соціальну політику щодо реабілітації дітей та молоді з інвалідністю на *національному рівні* здійснюють такі міністерства:

- Міністерство соціальної політики України (Мінсоцполітики);
- Міністерство охорони здоров'я України (МОЗ);
- Міністерство освіти та науки України (МОН);
- Міністерство молоді та спорту України (ММС);
- Міністерство культури і інформаційної політики України (МКІП);
- Міністерство у справах ветеранів, тимчасово окупованих територій та внутрішньо переміщених осіб України (Мінветеранів);
- Міністерство оборони України (Міноборони);
- Міністерство юстиції України (Мінюст);
- Міністерство розвитку громад та територій України (Мінрегіон).

Розглянемо основні завдання та функції міністерств дотичних до формування політики щодо реабілітації. Міністерство соціальної політики України безпосередньо займається формуванням і реалізацією державної соціальної політики щодо реабілітації, а в його структурі Директорат соціального захисту прав осіб з інвалідністю. Директорат має експертні групи: з питань інтеграції, інклюзії та доступності; з питань реабілітації; з питань соціальних гарантій осіб з інвалідністю. У повноваженнях Мінсоцполітики з питань реабілітації: визначає правові, економічні та організаційні механізми, що стимулюють ефективну діяльність закладів соціального обслуговування, реабілітаційних установ, санаторіїв для осіб з інвалідністю і дітей з інвалідністю, підприємств та установ протезної галузі, і забезпечує оптимізацію та розвиток їхньої мережі.

До основних завдань Директорату соціального захисту прав осіб з інвалідністю належать: 1) формування державної політики на основі постійного аналізу стану справ у сфері захисту прав осіб з інвалідністю та вироблення альтернативних варіантів розв'язання існуючих проблем у межах компетенції Міністерства; 2) здійснення моніторингу та оцінювання результатів реалізації державної політики у сфері компетенції Директорату, розроблення пропозицій щодо її продовження або коригування; 3) забезпечення нормативно-правового регулювання у сфері компетенції Директорату [135; 206].

У стратегічному плані Мінсоцполітики на 2020 бюджетний рік і два бюджетні періоди (2021-2022 роки) у цілі та завданні до 2022 роки № 2.3. передбачено «удосконалення системи забезпечення реабілітаційними послугами осіб з інвалідністю».

У структурі соціального захисту населення України можна виділити такі рівні: державний (міністерства і державні служби); регіональний (департаменти, служби, місцеві ради і держадміністрації); місцевий рівень (інституції надання послуг); громади; індивідуальні користувачі (сім'я і особа).

Фонд соціального захисту інвалідів, «діяльність якого спрямовується, координується і контролюється Міністерством соціальної політики України»

[187]. Відповідно до положення про діяльність Фонд здійснює «1) облік... забезпечення функціонування реабілітаційних установ для осіб з інвалідністю та дітей з інвалідністю відповідно до законодавства, фінансування заходів, спрямованих на фізкультурно-спортивну реабілітацію осіб з інвалідністю...», «2) здійснює фінансування програм щодо соціальної, трудової та професійної реабілітації осіб з інвалідністю...», «10) здійснює моніторинг щодо забезпечення ...технічними та іншими засобами реабілітації та оцінки якості надання послуг особі з інвалідністю...» [178; 270].

Міністерство охорони здоров'я України на сучасному етапі розробляє комплексний підхід до медичної реабілітації і впроваджує в Україні Міжнародну класифікацію функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ): затверджено план заходів із упровадження в Україні МКФ; затверджено переклад МКФ; до номенклатури лікарських спеціальностей додана «Фізична і реабілітаційна медицина»; введено кваліфікаційні характеристики фахівців реабілітації: лікар фізичної та реабілітаційної медицини, фізичного терапевта, ерготерапевта, асистента фізичного терапевта, асистента ерготерапевта. У 2020 році реабілітація включена до Програми медичних гарантій. Формування ранньої і комплексної системи реабілітаційної медицини запроваджує мультидисциплінарний підхід.

У міністерстві працює (2020 р.) директорат якості життя при якому працюють експертні групи з: медичної реабілітації та санаторно-курортного лікування, реформування психіатричної служби, розвитку паліативної допомоги, медико-соціальної експертизи і директорат медичного забезпечення, при якому працює експертна група з питань допомоги дітям і матерям, які забезпечують формування політики щодо реабілітаційних заходів дітей та молоді з інвалідністю [133].

Міністерство освіти та науки України впроваджує інклюзивну освіту для дітей з інвалідністю, яка охоплює: дошкільну освіту, загальну-середню освіту, позашкільну освіту, професійно-технічну освіту, вищу освіту. У складі МОН ці питання регулюють Директорат дошкільної, шкільної, позашкільної та

інклюзивної освіти та експертна група з питань позашкільної та інклюзивної освіти, Головне управління позашкільної та інклюзивної освіти, відділ освіти дітей з особливими потребами (2020 р.). Основними завданнями зазначеного Директорату є: 1) розроблення документів державної політики та проектів актів законодавства, що забезпечують модернізацію та ефективне функціонування державної політики у сфері інклюзивної та позашкільної освіти і виховання; 2) надання пропозицій з питань формування державної політики у сфері інклюзивної та позашкільної освіти і виховання, вироблення альтернативних варіантів розв'язання виявлених проблем; 3) оцінювання результатів реалізації державної політики у сфері інклюзивної та позашкільної освіти і виховання, розроблення пропозицій щодо її впровадження або коригування; 4) забезпечення фінансово-економічних розрахунків ресурсів, необхідних для реалізації державної політики у сфері інклюзивної та позашкільної освіти і виховання, визначає джерела покриття можливих витрат, доходів або додаткових видатків державного бюджету [132]. Протягом 2018 року в Україні було розпочато створення мережі інклюзивно-ресурсних центрів, які замінили психолого-медико-педагогічні консультації (ПМПК), що були остаточно ліквідовані 1 вересня 2018 року.

Міністерство культури і інформаційної політики України впроваджує інклюзивне навчання в дитячих закладах: художніх школах і музичних школах, школах мистецтв і хореографічних школах; створює інклюзивні простори в музеях, театрах і інших культурних закладах [129].

Міністерство молоді та спорту України реалізує фізкультурно-спортивну реабілітацію в системі «Інваспорт». Станом на 2017 рік розвивається 40 видів спорту, у тому числі для осіб з порушенням слуху – 27, для осіб з порушенням зору – 17, ураженням опорно-рухового апарату – 28, порушенням фізичного і розумового розвитку – 3. Український центр з фізичної культури і спорту осіб з інвалідністю «Інваспорт» забезпечує діяльність штатної збірної команди України з видів спорту осіб з інвалідністю [196; 130; 57].

Існує п'ять видів заходів з фізкультурно-спортивної реабілітації осіб з інвалідністю, а саме: 1) реабілітаційно-спортивні збори для осіб з інвалідністю (проводить Український центр з фізичної культури і спорту інвалідів «Інваспорт»); 2) всеукраїнські оздоровчі табори для осіб з інвалідністю (проводить Національний комітет спорту інвалідів України); 3) табори фізкультурно-спортивної реабілітації для осіб з інвалідністю (проводять Фонд соціального захисту інвалідів та регіональні центри з фізичної культури і спорту інвалідів «Інваспорт»); 4) реабілітаційно-спортивні збори за участі бійців АТО, які отримали поранення або інвалідність внаслідок участі в бойових діях на сході України (проводить Національний комітет спорту інвалідів України); 5) програма активної реабілітації «Повернення до життя» (проводять Всеукраїнське громадське об'єднання «Національна асамблея інвалідів України», Національний комітет спорту інвалідів України за підтримки Офісу Агенції НАТО з підтримки і постачання (NSPA) в Україні, Міністерство соціальної політики України та Міністерство молоді та спорту України). Заходи з фізкультурно-спортивної реабілітації осіб з інвалідністю проводяться на базі Західного реабілітаційно-спортивного центру, участь у яких беруть особи з інвалідністю з усіх регіонів України [77].

У Міністерстві у справах ветеранів, тимчасово окупованих територій та внутрішньо переміщених осіб України питаннями реабілітації ветеранів з інвалідністю займається Директорат реабілітації, медичного забезпечення та соціальної реадaptaції ветеранів, а саме: експертні групи з питань фізичної реабілітації; ментального здоров'я; медичного забезпечення; спортивної та реабілітаційної медицини; освітніх програм, соціальної та професійної адаптації. На місцях координацію роботи здійснюють відділи в областях [136].

Міністерство оборони України – «здійснює заходи, спрямовані на реалізацію соціально-економічних і правових гарантій й військовослужбовців, членів їх сімей та працівників Збройних Сил, осіб, звільнених у запас або відставку, а також членів сімей військовослужбовців, які загинули (померли), пропали безвісти, стали особами з інвалідністю під час проходження військової

служби (виконання військового обов'язку або потрапили у полон у ході бойових дій (війни) чи під час участі в міжнародних операціях з підтримання миру і безпеки». Відповідальний департамент соціального та гуманітарного забезпечення міністерства [131].

Міністерство розвитку громад та територій України – є головним органом у системі центральних органів виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну регіональну політику, державну політику у сфері розвитку місцевого самоврядування, територіальної організації влади та адміністративно-територіального устрою, державну житлову політику і політику у сфері благоустрою населених пунктів, державну політику у сфері житлово-комунального господарства, державну політику у сфері поводження з побутовими відходами, державну політику у сфері будівництва, містобудування, просторового планування територій та архітектури, державну політику у сфері технічного регулювання у будівництві, а також забезпечує формування державної політики у сфері архітектурно-будівельного контролю та нагляду, у сфері контролю житлово-комунального господарства та у сфері забезпечення енергетичної ефективності будівель. При міністерстві працює Директорат просторового планування територій та архітектури, експертна група збереження архітектурної спадщини та створення безбар'єрного простору [134].

Міністерство юстиції України – координатор сектору юстиції на захисті прав людини і держави, збирає статистичну інформацію, про діяльність громадських організацій, у тому числі з інвалідністю [137]. Здійснений нами аналіз роботи міністерств виявив постійні зміни в структурі самих міністерств, зміни назв і функцій департаментів та управлінь, відділів, що свідчить про інституційні зміни. Органи державної влади та місцевого самоврядування зобов'язані створювати нормативно-правову базу відповідно до міжнародного законодавства, а також відповідні інституції, сприяти розвитку громадських організацій у цій сфері, забезпечувати у належному обсязі матеріально-фінансову складову соціального захисту осіб з інвалідністю, розширювати та вдосконалювати перелік соціальних послуг, активно сприяти професійній

реабілітації осіб. Активними партнерами держави стають інші суб'єкти соціального захисту осіб з інвалідністю, такі як недержавні громадські організації, благодійні і релігійні організації та фонди, політичні партії, юридичні особи, підприємці, небайдужі люди. Недержавний сектор також справляє регулюючий вплив у сфері соціальної реабілітації та надання соціальних послуг. Центри реабілітації, які ми вивчаємо зосереджені у чотирьох міністерствах: МОН, МОЗ, Мінсоцполітики, ММС (Додаток 3). Проте загальної координації між міністерствами, які формують політику щодо реабілітації і різних реабілітаційних послуг немає, про що зазначили експерти Міжнародної спілки фізичної та реабілітаційної медицини (ISPRM), які проводили оцінювання системи реабілітації в Україні (2015), що було здійснено за ініціативи бюро ВООЗ в Україні. Крім того, виявлено, що реабілітаційні послуги в основному надаються в курортному середовищі і цілісної системи реабілітації, яка покриває всі фази та рівні допомоги, не доступні більшості громадян України; що розуміння «обмежень життєдіяльності» і реабілітації в Україні базується на філософії і визначеннях, які не сумісні з міжнародним розумінням, як таких, які ми розглянули у розділі 1.1, 1.2. [173].

Б. Мойса проаналізував спроможність системи реабілітації відповідати подальшій імплементації Конвенції ООН прав осіб з інвалідністю та МКФ «Пропозиції до політики щодо реабілітації осіб з порушенням здоров'я» (2017); констатував, що створена система не відповідає сучасним викликам з отримання реабілітаційних послуг за місцем проживання [138]. У 2018 році Українською Гельсінською спілкою з прав людини проведено дослідження «Реабілітація жертв конфлікту. Чи пропонує держава щось, крім встановлення інвалідності і милиць?». Проаналізовано увесь процес надання послуг: від часу набуття порушень здоров'я, оцінки потреб та проблем, отримання реабілітаційних послуг на рівні громади. З'ясовано, що створена система у 2000-х роках не відповідає вимогам сучасної України, яка переживає збройний конфлікт на Сході і має збільшення показників набутої інвалідності серед мирного населення і учасників бойових дій [231].

На обласному рівні (регіональному рівні) соціальну політику щодо реабілітації дітей та молоді з інвалідністю здійснюють: Департамент соціальної політики, департамент охорони здоров'я, департамент освіти і науки, департамент культури, департамент молоді та спорту, служба у справах дітей, обласний (Київський та Севастопольський міський) центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді (з 2019 р. зміна назви на центри соціальних служб – постанова КМУ від 1 червня 2020 р. № 479 «Деякі питання діяльності центрів соціальних служб») [56], регіональні центри зайнятості, обласні центри з фізичної культури і спорту інвалідів «Інваспорт», інші департаменти.

Департамент соціальної політики виконавчого органу обласної (Київської міської) ради (обласної (Київської міської) державної адміністрації) – реалізує державну політику в області реабілітації осіб з інвалідністю, розробляє і контролює виконання регіональної політики в області реабілітації осіб з інвалідністю, керує підвідомчими службами реабілітації осіб з інвалідністю, приймає участь у підготовці і перепідготовці кадрів на своїй території; проводить інформатизацію системи реабілітації інвалідів, організовує взаємодію з суспільними організаціями осіб з інвалідністю в області реабілітації, забезпечує планування і закупівлі реабілітаційних технічних засобів.

Департамент культури у своїй структурі має Методичний центр закладів культури та навчальних закладів, який здійснює координацію роботи підпорядкованих закладів, підвищення кваліфікації педагогів, розробляє і впроваджує методичні програми з інклюзивної освіти дітей з інвалідністю у дитячих школах мистецтв, музичних школах, хореографічних школах.

Департамент молоді та спорту – сприяє розвитку всіх видів спорту, визнаних в Україні, у тому числі Олімпійського, Параолімпійського, Дефолімпійського руху, координує роботу «Інваспорт».

Служба у справах дітей здійснює розроблення і здійснення самостійно або разом з іншими структурними підрозділами виконавчої влади, органами місцевого самоврядування, підприємствами, установами та організаціями усіх

форм власності, громадськими організаціями заходів щодо захисту прав, свобод і законних інтересів дітей; здійснення контролю за умовами утримання і виховання дітей у закладах для дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, спеціальних установах і закладах соціального захисту для дітей усіх форм власності; визначення пріоритетних напрямів поліпшення на відповідній території становища дітей, їх соціального захисту, сприяння фізичному, духовному та інтелектуальному розвитку, запобігання дитячій бездоглядності та безпритульності, вчиненню дітьми правопорушень.

Обласний (Київський та Севастопольський міський) центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді (до 2021) – здійснюють організаційно-правове, методичне та інформаційне забезпечення діяльності центрів соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями.

На місцевому рівні: соціальну політику щодо реабілітації дітей та молоді з інвалідністю здійснюють: Управління праці та соціального захисту населення, Управління освіти районних у містах державних адміністрацій, районні центри соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, міські, районні, районних у містах філії регіонального центру зайнятості, інклюзивно-ресурсні центри, реабілітаційні установи.

Управління праці та соціального захисту населення районних у містах міських, районних у містах державних адміністрацій здійснюють направлення до реабілітаційних установ, закупку і видачу реабілітаційного обладнання, організацію соціальних послуг.

Управління освіти районних у містах державних адміністрацій здійснює управління дошкільної, загальної середньої та позашкільної освіти, що включає сектор інклюзивного навчання; заклади позашкільної освіти, які розвивають інклюзивну освіту.

Районні центри соціальних служб надають соціальні послуги сім'ям, які знаходяться у складних життєвих обставинах, у тому числі через інвалідність дитини чи члена сім'ї.

На рівні громади у 2014 році Уряд України схвалив Концепцію реформування місцевого самоврядування та територіальної організації влади відповідно до раніше затвердженої Європейської хартії місцевого самоврядування, результатом чого відбувається реформування територіального устрою держави і формування об'єднаних територіальних громад у 2014-2018 роки (далі ОТГ); реформування повноважень і функцій контролю різних рівнів управління, а також автономної моделі фінансового забезпечення місцевих бюджетів і можливостей розвитку форм місцевої демократії в 2019–2021 роки [186].

Згідно зі ст.12 ЗУ «Про реабілітацію осіб з інвалідністю» систему реабілітації осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю складають: органи виконавчої влади та органи місцевого самоврядування, які здійснюють державне управління системою реабілітації осіб з інвалідністю; реабілітаційні заклади для осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю незалежно від відомчого підпорядкування, типу і форми власності; будинки дитини та дошкільні навчальні заклади освіти для дітей з вадами фізичного та/або розумового розвитку віком до чотирьох років незалежно від відомчого підпорядкування, типу і форми власності; спеціальні та санаторні дошкільні навчальні заклади освіти (ясла-садки) компенсуючого типу для дітей віком від двох до семи (восьми) років, які потребують корекції фізичного та/або розумового розвитку, тривалого лікування та реабілітації, незалежно від відомчого підпорядкування, типу і форми власності; дошкільні навчальні заклади освіти (ясла-садки) комбінованого типу для дітей віком від двох місяців до шести (семи) років, у складі яких можуть бути групи загального розвитку, компенсуючого типу, сімейні, прогулянкові, в яких забезпечується дошкільна інклюзивна освіта з урахуванням стану здоров'я дітей, їхнього розумового, психологічного, фізичного розвитку, незалежно від відомчого підпорядкування, типу і форми власності; дошкільні навчальні заклади освіти (центри розвитку дитини) системи освіти, в яких забезпечуються фізичний, розумовий і психологічний розвиток, корекція психологічного і фізичного розвитку, оздоровлення дітей, які відвідують інші навчальні заклади чи виховуються вдома; спеціальні

загальноосвітні школи (школи-інтернати) – загальноосвітні навчальні заклади системи освіти для дітей, які потребують корекції фізичного та/ або розумового розвитку; загальноосвітні санаторні школи (школи-інтернати) – загальноосвітні навчальні заклади I-III ступенів з відповідним профілем системи освіти для дітей, які потребують тривалого лікування; навчальні заклади, які належать до сфери управління центральних органів виконавчої влади, що забезпечують формування та реалізують державну політику у сфері соціального захисту населення; заклади та установи незалежно від типу та форми власності, що надають соціальні послуги; санаторно-курортні установи, які належать до сфери управління центральних органів виконавчої влади, що забезпечують формування та реалізують державну політику у сфері соціального захисту населення; протезно-ортопедичні підприємства незалежно від відомчого підпорядкування, типу і форми власності; установи культури, санаторно-курортні та оздоровчі заклади громадських організацій осіб з інвалідністю; академічні та галузеві науково-дослідні, науково-методичні установи, які беруть участь у здійсненні державної політики у сфері реабілітації осіб з інвалідністю [209].

По суті, нормативно-правові документи відображають організаційну та статусно-рольову класифікацію діючих центрів реабілітації для осіб з інвалідністю, у тому числі дітей та молоді з інвалідністю. Розширюючи аналіз та опираючись на *класифікацію реабілітаційних установ (2012)*, що вперше були ініційованими В. Шевчук, О. Яворовенко, Н. Беляєвою, С. Шевчук за такими показниками: типи реабілітаційних установ за організаційно-правовими формами, види та форми реабілітаційних установ, профілі реабілітаційних установ, за ступенем централізації, за категоріям громадян, які обслуговуються [281, с. 43-44]. Ми здійснили спробу їхнього узагальнення згідно з нинішньою ситуацією сучасної України і доповнили класифікацію реабілітаційних закладів осіб з інвалідністю (табл. 2.4.). Науковцями було визначено класифікацію центрів.

Систематизація реабілітаційних закладів осіб з інвалідністю

Класифікація	Види
типи реабілітаційних закладів (ст. 13 ЗУ “Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні)	медичної реабілітації (у сфері охорони здоров’я); медико-соціальної реабілітації; соціальної реабілітації; психолого-педагогічної реабілітації; фізичної реабілітації; професійної реабілітації; трудової реабілітації; фізкультурно-спортивної реабілітації змішаного типу;
види реабілітаційних закладів згідно форм власності	комплекси, центри, відділення, кабінети; державні; комунальні; недержавні (приватні, громадські і релігійні);
згідно спектру надання реабілітаційних заходів	комплексної, з медичної, з фізичної, з соціальної, з психологічно-педагогічної, з професійної, з трудової з фізкультурно-спортивної реабілітації; послуга раннього втручання для дітей до 3-х років; паліативна допомога
за категоріями громадян, які обслуговуються	дітей з інвалідністю віком до 3-х років (в тому числі груп ризиків); дітей з інвалідністю; дітей та молоді з інвалідністю; студентів з інвалідністю; осіб з інвалідністю; для потерпілих внаслідок аварії на ЧАЕС; реабілітаційні заклади для ветеранів АТО та ООС;
згідно режиму реабілітації	стаціонарні, амбулаторні, амбулаторно-стаціонарні;
згідно режиму роботи	цілорічний; періодичний;
згідно виду інвалідності	усі види інвалідності; з ураженням опорно-рухового апарату; з ураженням центральної і периферичної нервової системи; з психічними захворюваннями та розумовою відсталістю; з ураженням органів слуху; з ураженням органів зору; з ураженням внутрішніх органів; з онкологічними захворюваннями
за статусом	всеукраїнський; обласний; міський; районний у місті; сільський

Джерело: розроблено автором

Здійснений нами аналіз показав, що реабілітаційна робота в Україні продовжує трансформуватись (Додаток К). Закладені нормативи в правовій базі діяльності центрів реабілітації до 2018 року створювались відповідно до типу реабілітаційних закладів і виду реабілітації; відповідно до профілю, що відповідає встановленої інвалідності або категорії громадян (діти, діти та молодь, особи, ветерани АТО тощо). У Державній типовій програмі реабілітації осіб з інвалідністю (2006) визначені види інвалідності, за якими ведеться звітня

документація діяльності центрів реабілітації мережі центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді (2007–2012), Мінсоцполітики (2007–2020). У системі централізованого управління жорстко регламентовані параметри виступають основою для планування та оцінки динамічних змін ситуації та фіксуються у статистичній звітності. Натомість в умовах децентралізації державного управління така система звітності виступає обтяжуючою і вступає у протиріччя із викликами суспільства (Г. Бевз, Т. Семігіна, О. Макарова) [12; 116]. Наразі українська нормативна база в питаннях інвалідності має перехідний стан з компенсаторської (патерналістичної) концепції, а в міжнародній соціальній роботі цей перехід почався з 1980-х років стверджується підхід на включення і активний соціальний захист (Додаток А).

Проведений нами аналіз підходів до визначень видів інвалідності у Додатку Л показав, що ефективність роботи з реалізації реабілітаційних програм виявляються неузгодженими між статистичними державними звітами та потребами конкретних людей; виявлене неврахування в звітній документації мультиінвалідності і важких форм приводило до неповних статистичних даних: спеціалісти вимушені заносити інформацію в статистику за первинним діагнозом, що не дає повної картини потреб і послуг отримувачів, приховує реальні навантаження спеціалістів, потреби клієнтської групи і потреби членів сімей, в яких вони виховуються. Виявлений нами факт створював передумови для некоректного планування послуг; також вважаємо неналежною диференціацію, що призводить до об'єднання в одну групу осіб з інтелектуальними і психічними порушеннями, так як це різні групи інвалідності з різними потребам і можливостями. Перехід України на систему децентралізованого державного управління, проведеного в Мінсоцполітики в 2018–2019 рр. змін до створеної системи реабілітації може послугувати вирішенню існуючих протиріч з перенесенням фокусу уваги на потреби отримувача і переходу від медичної до біопсихосоціальної моделі надання реабілітаційних послуг. Це посилить процес сприйняття людини з інвалідністю в цілому, прийняття її як носія прав [90; 247].

На індивідуальному рівні системи реабілітації з 2019 року в Україні здійснені певні кроки. Так, запроваджено механізм забезпечення заходами з реабілітації дітей з інвалідністю за принципом «гроші ходять за людиною», що має дозволити забезпечити адресність, прозорість та підвищити якість надання реабілітаційних послуг [185]. Дітям з інвалідністю, або дітям віком до трьох років, які належать до групи ризику щодо отримання інвалідності з метою попередження інвалідності, надаються послуги із комплексної реабілітації (абілітації) відповідно до Порядку надання окремим категоріям осіб послуг із комплексної реабілітації (абілітації), затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 31.01.2007 року № 80 (в редакції постанови Кабінету Міністрів України від 26.07.2018 № 587) [188; 194; 198].

Проаналізуємо динаміку змін послуг на рівні громади м. Києва для дітей та молоді з інвалідністю. У Додатку М ми визначили життєвий шлях дитини і молоді особи з інвалідністю і реабілітаційні послуги на рівні громади. Станом на 1 січня 2005 року одночасно зберігається інституційна модель догляду за дитиною з інвалідністю, що залишилась у спадок від радянського союзу: для новонароджених дітей діє будинок дитини від 0-4 років (МОЗ), наступним є перехід до будинку дитини від 4-7 років (МОН) після чого діти мали розподіл до шкіл-інтернатів 8 типів МОН або до дитячого будинку-інтернату 4 профілів для дітей з важкими і комбінованими формами інвалідності, у більшості яких МОН визнано як «ненаучувані». У цей же час розвиваються альтернативні державні і недержавні центри. У МОН створено навчально-реабілітаційні центри для навчання дітей з тяжкими і комбінованими формами інвалідності, які виховуються в сім'ях. І водночас працюють школи-інтернати, є форми інклюзивного навчання (діти з інвалідністю вчаться в загальноосвітніх школах за звичайною програмою). У МОЗ працюють центри (відділення) медико-соціальної реабілітації, в тому числі ранньої. У Мінсоцполітики створюються центри трудової, медико-соціальної і професійної реабілітації. При Міністерстві сім'ї, дітей та молоді України працюють спеціалізовані соціальні служби «Центри соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з

функціональними обмеженнями», які надають реабілітаційні і соціальні послуги дітям і молоді з інвалідністю від 7-28 років. Розвивається спорт для дітей з інвалідністю в державному і громадському секторах. При громадському секторі діють реабілітаційні програми, які підтримують самостійність осіб з інвалідністю і центри реабілітації. Розвиваються приватні навчальні заклади, які приймають на навчання дітей з інвалідністю. Відсутнє раннє втручання і системна реабілітація дітей з інвалідністю від народження, системна підтримка батьків, які виховують дітей з інвалідністю.

У 2020 році на Додатку М-1 зазначаємо суттєві зміни в системі реабілітаційних і соціальних послуг. Спостерігаємо зменшення комісій, які вирішують долю дитини, ПМПК закрито і створено нову структуру ІРЦ, які здійснюють діагностику дитини, складають індивідуальний план розвитку, проводять корекційно-реабілітаційну роботу. Але ці центри не здійснюють соціальну реабілітацію і дитина з інвалідністю, яка здобуває освіту за індивідуальною формою навчання (домашня) виключена із процесів соціалізації, спілкування з ровесниками. У МОН формується система інклюзивної освіти, трансформується система шкіл-інтернатів [197], позашкільні навчальні заклади створюють інклюзивні групи. Розвивається інклюзивна освіта в школах мистецтв, дитячих художніх і музичних, хореографічних школах МКІП. У Мінсоцполітики створена система реабілітаційних центрів трансформується в комплексні центри. Впроваджуються програми раннього втручання. У цей же час трансформується система закладів інтернатів для дітей з інвалідністю в МОЗ, Мінсоцполітики. Для молоді з інвалідністю, що утримуються в сім'ях є невелика кількість можливостей: ЦСПРДМФО, центри трудової реабілітації, які теж трансформуються.

Здійснений нами структурно-функціональний аналіз системи реабілітації для дітей та молоді з інвалідністю розкрив роль, функції дев'яти міністерств України в питаннях реабілітації осіб з інвалідністю на рівнях: державного (міністерства і державні служби); регіонального (департаменти, служби, місцеві

ради і держадміністрацій); місцевого рівнів (інституції надання послуг); громади; індивідуальні користувачі. Виявлено, що лише чотири з усіх міністерств України безпосередньо займаються питаннями реабілітації дітей та молоді з інвалідністю. Аналіз нормативно-правових документів відображає організаційну та статусно-рольову класифікацію діючих центрів реабілітації для осіб з інвалідністю, у тому числі дітей та молоді з інвалідністю. Розширено і доповнено систематизацію реабілітаційних установ, що вперше були здійснені В. Шевчуком, О. Яворовенко, М. Беляєвою, С. Шевчуком (2012).

Виявлено неузгодженість між статистичними державними звітами діяльності центрів реабілітації в питаннях неврахування мультиінвалідності і важких форм. Реформа з децентралізації державного управління може прискорити перехід від медичної до біопсихосоціальної моделі надання реабілітаційних послуг, де центри реабілітації є інструментом змін парадигм.

2.3. Етапи розвитку центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю в Україні

Для визначення етапів розвитку ЦРДМ з інвалідністю було застосовано *метод* періодизації, що включає аналіз нормативно-правових документів з питань започаткування та діяльності ЦРДМ з інвалідністю, статистичних даних щодо кількісних і якісних їхніх змін, періодичних видань; розвитку громадських рухів батьків дітей з інвалідністю та інших соціальних інституцій з питань соціально-педагогічної реабілітаційної роботи. На підставі проведеного аналізу було виокремлено чотири етапи розвитку ЦРДМ з інвалідністю, що спрямовувались процесами інституціоналізації реабілітаційних послуг дітей та молоді з інвалідністю та формувалися як форми локальної допомоги. Ними є: 1) *етап пострадянського спадку, 1991–1992 рр.*; 2) *етап варіативного розвитку (державні та громадські ініціативи), 1992–2000 рр.*; 3) *нормування соціальних практик реабілітації для дітей та молоді з інвалідністю, 2000–2007 рр.* 4) *розбудови ЦРДМ з інвалідністю як служб*

надання якісних та доступних послуг в умовах децентралізованого державного управління, 2007 р. – донині. Оскільки кожний попередній етап створює передумови для розвитку наступного, то перехід між етапами не є чітко окресленим, а формалізація року початку наступного етапу співвідноситься із роком прийняття відповідних нормативно-законодавчих актів.

Характеристика першого етапу – пострадянський спадок. На основі історіографічного розгляду етапу нами зроблено висновок, що етап тривав у 1991 році і зафіксував у собі сталу інтернатну систему утримання, навчання та виховання дітей з інвалідністю згідно з профілями (складнощами порушень у розвитку), що діяла в підпорядкуванні трьох актуальних на той час міністерств України: Міністерства освіти та науки, Міністерства праці і соціальної політики, Міністерства охорони здоров'я. Етап вказує на стан системи утримання дітей та молоді з інвалідністю в державних закладах. Так, у системі МОН України для дітей з інвалідністю були створені спеціальні школи-інтернати, що поділялися згідно з нозологіями на 8 видів: для дітей з порушенням опорно-рухового апарату, для сліпих дітей, для дітей зі зниженим зором, для глухих дітей, для дітей зі зниженим слухом, для дітей з тяжкими порушеннями мовлення, для дітей із затримкою психічного розвитку, для розумово відсталих дітей [149]. У системі дошкільної освіти працювали спеціальні і комбіновані зі спеціальними групами дошкільні навчальні заклади, заклади компенсуючого типу, дошкільні групи при спеціальних школах. У навчальних закладах діти з інвалідністю отримували корекційні заняття і освіти за спеціальними програмами. У структурі міністерства працювали медико-педагогічні комісії (МПК), які в 1992 році були перейменовані на психолого-медико-психологічні консультації (ПМПК), завданням яких було проведення діагностування розвитку дітей з інвалідністю і визначення їхнього освітнього маршруту. Діти з важкими і комплексними видами інвалідності переважно відносилися до категорії «ненавчуваних» і, як правило, рекомендували батькам віддати дитину в інтернатний заклад Міністерства праці і соціального захисту [149, с. 9–12].

Система Міністерства праці і соціального захисту України включала будинки-інтернати для дітей з інвалідністю від 4 до 18 років: будинки-інтернати I профілю для дітей з фізичними вадами і нормальним інтелектом дошкільного і шкільного віку, для яких самостійне пересування є значно утрудненим або неможливим, які частково себе обслуговують (змішані за статтю); будинки-інтернати, де можуть одночасно функціонувати відділення II профілю (для дітей з глибокою розумовою відсталістю, які можуть самостійно пересуватись і обслуговуватись (розділені за статтю)), III профілю (для дітей з глибокою розумовою відсталістю, які можуть самостійно пересуватись і не можуть самостійно обслуговуватись (розділені за статтю)), IV профілю (для дітей різного ступеню розумової відсталості, які мають складні фізичні вади, не можуть самостійно пересуватись та самостійно обслуговуватись (змішані за статтю)). Для дітей з інвалідністю у закладах I та II профілю передбачалось надання медичної реабілітації та консультування, оздоровчо-фізкультурної і навчально-виховної корекції. Однак їхня низька якість не надавала необхідних результатів і після 18 років випускники інтернатів переміщались у заклади для дорослих, таким чином все своє життя проводячи поза межами власної сім'ї в інтернатах закритого типу [59; 107; 255].

У системі МОЗ функціонували будинки дитини двох типів: загального (для дітей без порушень здоров'я) і спеціалізовані будинки дитини для медико-соціального захисту дітей-сиріт, дітей, які залишились без піклування батьків, з вадами фізичного та розумового розвитку (III-V груп здоров'я), віком від народження до чотирьох років, а також: з органічним ураженням центральної нервової системи та порушенням психіки; з порушенням функції опорно-рухового апарату, у тому числі з дитячим церебральним паралічем без порушення психіки; з порушенням слуху та мовлення; з порушенням мовлення; з порушенням зору (сліпі та слабозорі); тубінфіковані. При лікувальних закладах була сформована розгалужена система медико-соціальної експертизи (МСЕ) і лікарсько-консультаційної комісії (ЛКК) з встановлення інвалідності і придатності до праці, медичної і трудової реабілітації [91]. При

психоневрологічних диспансерах формувались лікарняно-трудова майстерні, де здійснювалась трудова реабілітація. Але юридичного працевлаштування з нарахуванням трудового стажу і відкриттям трудової книжки, отриманням заробітної плати не було, надавалась грошова винагорода. Майстерні вважались проміжним етапом між лікуванням і працевлаштуванням [266; 240].

Історіографічний розгляд показав, що соціальна політика СРСР щодо людей з інвалідністю (у тому числі дітей та молоді) носила компенсаційний характер і була спрямована на надання уніфікованих як грошових виплат так і певних послуг, що не були пов'язані зі специфікою і потребами людини з інвалідністю. Особою з інвалідністю визнавались лише ті особи, в яких знижена або втрачена працездатність: таким чином система реабілітації розвивалась в двох напрямках: медичній і трудовій. Створення незалежної України та кроки імплементації міжнародних правових документів щодо інвалідності, ініціювали розвиток руху осіб з інвалідністю та звернення до потреб за запитів самих користувачів [183; 232]. Відповідно до міжнародних норм відбулись зміни і в підходах до визначення і вирішення проблем осіб з інвалідністю. У 1991 році Україна ратифікувала міжнародну Конвенцію прав дітей [103; 62, с.275], в якій проголошена особлива увага дітям з інвалідністю. Особами з інвалідністю почали визнаватись не тільки тих, у кого була знижена або втрачена працездатність, а й тих, які мали різні обмеження життєдіяльності. Це зумовило посилення реабілітаційної спрямованості державної політики щодо інвалідності, реорганізацію служб медико-соціальної експертизи, формування вітчизняного ринку технічних засобів реабілітації та реабілітаційних послуг. Законодавством були зняті обмеження щодо працевлаштування, освіти та професійної підготовки осіб з інвалідністю I та II групи. Прийнятий у 1991 році Закон України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» сформулював мету державної політики щодо осіб з інвалідністю, яка полягає у створенні правових, економічних, політичних, побутових, соціально-психологічних умов для задоволення потреб у відновленні здоров'я, матеріального забезпечення й посильній трудовій та

громадській діяльності. Надбанням етапу пострадянського спадку можна вважати:

– наявність розгалуженої інституційної системи утримання дітей з інвалідністю в інтернатних закладах трьох міністерств: МОН, МОЗ, Міністерства праці і соціального захисту України; створення реабілітаційних послуг в інтернатних та психоневрологічних закладах закритого типу;

– вирішальна роль комісій (ЛКК, МСЕК, ПМПК) у визначенні життєвої долі дитини, особи з інвалідністю;

– вплив міжнародних нормативів на зміну законодавства України щодо реабілітації осіб з інвалідністю.

Характеристика етапу варіативного розвитку (державні та громадські ініціативи). Історіографічний розгляд проблеми розвитку ЦРДМ з інвалідністю дав можливість прийти висновку, що цей етап тривав 1992–2000 рр. Етап характеризувався бурхливим розвитком громадського руху батьків дітей з інвалідністю і осіб з інвалідністю, розширенням діяльності структур, які займаються питаннями інвалідності, створенням інноваційних форм ранньої реабілітації дітей з інвалідністю, клубів спілкування, ігротек для дітей з інвалідністю; започаткуванням інституту соціальних педагогів і соціальних працівників; відкриттям центрів соціальних служб для молоді; ініціацією руху за право проживання дітей та молоді з інвалідністю у сім'ях, а не в інтернатних закладах.

Названі зміни стали можливими завдяки нормативних змінам, зокрема, Постанові Кабміну України «Про Комплексну програму розв'язання проблем інвалідності» від 27.01.1992 р. № 31, в якій поставлено завдання організації в кожній області центри медико-соціальної реабілітації з відділеннями для дітей з інвалідністю та окреслені заходи медичної і соціально-трудової реабілітації та визначені напрями їхньої розбудови: профілактика інвалідності, медична, соціально-трудова реабілітація; подання протезно-ортопедичної допомоги і забезпечення транспортними засобами; створення однакових можливостей; створення умов для отримання освіти; культура, відпочинок, фізкультура і

спорт, поліпшення матеріально-побутових умов. Конституцією 1996 року Україна проголосила себе демократичною, соціальною, правовою державою, в якій людина, її життя, здоров'я, честь і гідність, недоторканість і безпека визнаються найвищою соціальною цінністю. У 1994 році створено координуючий орган Рада у справах інвалідів при Кабінеті Міністрів, яка взаємодіє з центральними і місцевими органами виконавчої влади, підприємствами, установами і організаціями. Також, у цей період Україна приєдналась до міжнародного співробітництва завдяки чому міжнародні правові документи стали чинними, зокрема Стандартні правила забезпечення рівних можливостей людей з інвалідністю ООН (1993), Європейська соціальна хартія (02.05.1996 року) [260; 63].

Натомість система реабілітаційних послуг для дітей та молоді з інвалідністю, як і раніше, продовжує розподілятися між системами міністерств, що все більше зазнає критики з боку громадськості, що ініціює численні інноваційні зміни. Так у системі МОН формується нова парадигма спеціальної педагогіки на основі цінностей гуманізації (мета спеціальної освіти у включенні дитини в широкий спектр соціальних стосунків з урахуванням її індивідуального розвитку і потреб; ідея цілісності людської життєдіяльності і становлення її індивідуальності; освіта протягом життя), фундаментації (неприйнятна поляризація норми-аномалії, диференціацією виступає філософсько-категоріальний аналіз явищ; спеціальна освіта залучає дитину до численних норм, які вироблені у процесі розвитку суспільства, однак ці норми індивідуалізуються в розвитку дитини, стають нормами поведінки) та інтеграції (спільне навчання дітей з різним ступенем здоров'я; визнання права кожної дитини на отримання освіти; інтеграційні тенденції є у змісті спеціальної освіти; інтеграція визнається кінцевою метою навчання) [101, с.5-16]. Почалось переосмислення спеціальної освіти дітей з інвалідністю. Критиці піддавались як термінологія «дефективна», «аномальна», сегрегаційна система інтернатних закладів, випадання з системи освіти дітей з важкими формами інвалідності, відсутність психолого-педагогічної допомоги дітям з легкими формами

інвалідності, Існуюча система шкіл-інтернатів перестала задовольняти потреби дітей, батьків і суспільства: соціальна ізоляція, відірване проживання дитини з інвалідністю від сім'ї сприяли процесам сегрегації і маргіналізації. У загальноосвітніх школах збільшується кількість дітей з інвалідністю, які опановують навчальну шкільну програму, цей вид освіти стали називати «інтегрована освіта» [249]. А. Обуховська зазначає, що у багатьох випадках це була «вимушена і хаотична інтеграція» із-за відсутності системи раннього втручання і реабілітації, якісної діагностики, психолого-педагогічного супроводу дітей з легкими формами інвалідності [149, с.11–13]. Так, з 1997 року в професійно-технічних навчальних закладах м. Києва розпочалось навчання дітей з інвалідністю з числа випускників спеціалізованих шкіл-інтернатів за такими професіями: для учнів з порушенням слуху – кухар-кондитер (ПТУ № 33), оператор електронно-обчислювальних машин (ПТУ № 1, 6, 11), штукатур, лицювальник-плиточник, столяр-будівельний, паркетник (ВПУ № 26), швачка, кравець (ПТУ № 39, 46, 49); для учнів з порушенням зору – оператор комп'ютерного набору (ВПУ № 43), для учнів з порушенням розумового розвитку і ДЦП – слюсар-ремонтник взуттєвого виробництва, складальник взуття, взуттьовик з індивідуального пошиття взуття (ПТУ № 12) [219, с.70-72]. У 1998 році створюється навчальний заклад інтегрованого типу – Відкритого міжнародного університету розвитку людини «Україна», Київська міська державна адміністрація стає співзасновником університету [219, с. 72-79]. Серед численних ініціатив доречно відмітити значення громадського руху батьків дітей з інвалідністю, завдяки якому було лобійовано розробку положення про навчально-реабілітаційні центри – заклади освіти, що було затверджено наказом МОН (від 28 серпня 1997 № 325) і, наразі, втратило чинність. Центри мали забезпечувати умови для відновлення здоров'я, соціальної адаптації, професійної орієнтації дітей, що мають органічні та функціональні захворювання внутрішніх органів та систем або вади психофізичного розвитку. Метою діяльності центру було здійснення комплексної медичної, психологічної, педагогічної реабілітації дитини з

порушенням розвитку. Центр мав змогу мати у своєму складі дошкільне відділення, середню загальноосвітню школу I, I-II, I-III ступенів, філіали (окремі групи) професійно-технічних навчальних закладів освіти I-II рівнів акредитації з заочною чи стаціонарною формами навчання, відділення медичної реабілітації, соціально-психологічну службу, клуби, студії, гуртки, секції, що створюються регіональними позашкільними закладами як на своїй базі, так і у приміщенні центру. Комплектування закладів вихованцями здійснювалось спеціальними комісіями управлінь освіти державних адміністрацій або ПМПК. У питаннях отримання професійної освіти у професійно-технічних училищах відкривались спеціалізовані групи для студентів за певною нозологією інвалідності [159].

Водночас при Міністерстві праці та соціального захисту України продовжувала діяти сегрегаційна система інтернатних закладів для дітей та молоді з інвалідністю. Система соціального захисту осіб з інвалідністю перебувала у стадії становлення та розвитку, тривав пошук напрямів діяльності та основних функцій органів праці і соціального захисту на всіх рівнях управлінської діяльності. У 1994 році в місті Миколаїв (за рішенням районних виконавчих комітетів Заводського, Центрального, Ленінського, Корабельного районів) при територіальних центрах були створені відділення ранньої соціальної реабілітації дітей-інвалідів. До кінця століття в Миколаївській області їх нараховували 16 відділень за підтримки Фонду соціального захисту інвалідів [221].

У Міністерстві охорони здоров'я України в цей період служби медико-соціальної експертизи почався новий етап – формування державних основ соціальної інтеграції та реінтеграції людей з інвалідністю. У системі МОЗ діяли будинки дитини, оновлене Типове положення про будинок дитини затверджено наказом МОЗ у 1998 році. Медична допомога дітям з інвалідністю надавалась лікувально-профілактичними закладами як за місцем проживання, так і спеціалізованими центрами (гематологічним, щелепно-лицьової хірургії, онкологічним тощо). З листопада 1993 року почалась тісна співпраця між

Баварією (Німеччина) і Україною в медичній і соціальній сфері і мала на меті створення в нашій країні соціально-педіатричних структур. Провідну роль на себе взяли МОЗ України і Головне управління охорони здоров'я КМДА, зі сторони Німеччини Мюнхенський дитячий реабілітаційний центр та кафедра соціальної педіатрії та підліткової медицини університету Мюнхена. У результаті співпраці в 1996 році згідно з Розпорядженням Кабінету Міністрів України створено Український медичний центр реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи МОЗ України, який у системі МОЗ зазначено як головний державний заклад, який формує політику у сфері медико-соціальної реабілітації дітей з органічними ураженнями нервової системи. Рішенням Вченої медичної ради МОЗ України (1998) у лікувально-профілактичних закладах МОЗ України впроваджена Модель медико-соціальної реабілітації дітей з ураженням нервової системи «Тандем-партнерство», «Дитина-сім'я-фахівець», що затверджені на основі методики медико-соціальної реабілітації, які використовувались в Українському медичному центрі реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи МОЗ, реабілітаційному центрі «Еліта», Донецькому реабілітаційному центрі, Українському центрі санаторно-курортної реабілітації дітей з органічними ураженням нервової системи «Хаджибей», всього в 19 центрах. Система центрів реабілітації створена в ряді областей: Волинській, Вінницькій, Закарпатській, Івано-Франківській, Львівській, Одеській, Полтавській, Тернопільській, Чернівецькій, Чернігівській. Крім того медична допомога дітям з інвалідністю надавалась у профільних інститутах та спеціалізованих відділеннях обласних дитячих лікарень [153, с. 6-10; 226; 252].

Міністерство України у справах молоді і спорту створено в 1992 році, у 1996 реформовано в Міністерство України у справах сім'ї та молоді в підпорядкуванні якого у період з 1992 по 1994 роки були створені Український державний, обласні, міські (у містах республіканського значення), районні та районні у містах центри соціальних служб для молоді (далі ССМ), завданням яких було брати участь у реалізації державної молодіжної політики і надавати

соціальні послуги та соціальну допомогу молодим громадянам [213]. Одними з перших центри соціальних служб для молоді були створені в Херсонській, Донецькій, Рівненській областях. Постановою колегії Міністерства України у справах молоді та спорту від 30.12.94 р. за № 32-а було затверджено Комплексну програму розвитку соціальних служб для молоді на 1994-1997 роки, яка передбачала план розвитку та поширення ЦССМ в Україні. на рис. 2.2. представлено динаміку створення центрів соціальних служб для молоді з 1992 по 2000 рік в Україні. У першому Положенні про діяльність соціальних служб для молоді (1992) стояли завдання соціальної опіки молоді з інвалідністю, їхнього становлення і розвитку; створення соціально-реабілітаційних центрів. А це значить, що питання підтримки молоді, яка проживає в сім'ї і громаді, їхня реабілітація і інтеграція в суспільство стали визнаними і актуальними для державної молодіжної політики тих часів [148; 54].

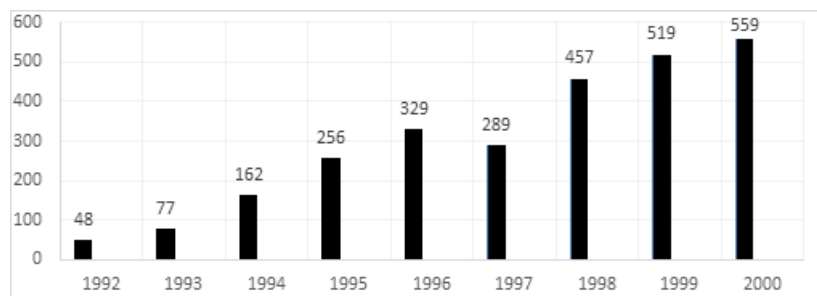


Рис. 2.2. Графік динаміки створення центрів соціальних служб для молоді 1992–2000 рр.

Джерело: розроблено автором

Завданням ССМ було брати участь у реалізації державної молодіжної політики і надавати соціальні послуги та соціальну допомогу молодим громадянам. Як зазначає І. Д. Зверева, у цей час у системі ССМ сформувався єдиний напрям діяльності ССМ «соціальна робота з дітьми та молоддю з особливими потребами», куди входили категорії дітей і молоді з інвалідністю, і сиріт. Основними напрямками соціальної роботи з дітьми та молоддю з інвалідністю є: соціальна профілактика, соціальне обслуговування, соціальна реабілітація (реконструкція соціально-культурного оточення з залученням волонтерів-ровесників без інвалідності, активізація соціально-культурних і

соціально-педагогічних функцій конкретної особи у задоволенні соціальних потреб, самоактуалізація і соціалізація засобами розвитку креативності особистості, розвитку творчого потенціалу) [73].

У цей період в Україні почав активно розвиватись спорт для осіб з інвалідністю. Український центр з фізичної культури і спорту інвалідів «Інваспорт» було засновано 1993 року відповідно до спільної постанови Міністерства України у справах молоді та спорту, Федерації професійних спілок України та Національного комітету (Федерації) спорту осіб з інвалідністю України від 14.01.1993 № 29/п-2/6 «Про створення Українського та обласних центрів інвалідного спорту». Основним напрямком роботи системи «Інваспорт» є реабілітація осіб з інвалідністю засобами фізичної культури і спорту, їхня інтеграція в суспільство. З 1998 року активно почали створюватись фізкультурно-спортивні та оздоровчі клуби осіб з інвалідністю, які почали об'єднуватись у національні Федерації. У міжнародному параолімпійському русі Україну представляють Національний Комітет спорту інвалідів України, створений ще в 1990 році [219]. Результатами другого етапу можна вважати:

- розвиток ініціатив громадських батьківських організацій дітей з інвалідністю у створенні центрів реабілітації дітей з інвалідністю;

- створення перших центрів реабілітації для дітей з інвалідністю в системі Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства освіти України; реабілітаційних програм та спортивної реабілітації для дітей та молоді з інвалідністю, які проживають у сім'ях при соціальних службах Міністерства молоді і спорту України (Міністерства України у справах сім'ї та молоді);

- формування реабілітаційних програм і центрів у межах медичної і соціальної реабілітаційної моделі одночасно;

- підготовка спеціалістів професійної соціальної роботи з дітьми і молоддю з інвалідністю, які проживають у сім'ях і введення спеціальностей соціальних працівників, соціальних педагогів.

Характеристика етапу нормування соціальних практик щодо реабілітації дітей та молоді з інвалідністю. Цей етап (2000 – 2007 рр.) визначався

прийняття низки Законів України, які легалізували створення соціальних послуг і сформувавши нормативно-правові основи з питань реабілітації осіб з інвалідністю (у тому числі дітей та молоді). Це такі Закони України: «Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії» (2000) та «Про психіатричну допомогу» (2000). У цей час відбулась стабілізація економіки країни та поліпшенню фінансування програм соціального захисту (в тому числі щодо реабілітації), активізуються розробки національних програм реабілітації осіб з інвалідністю; створення розгалуженої системи нових соціальних інститутів – центрів реабілітації (соціальної, медико-соціальної, професійної, соціально-психологічної, навчально- реабілітаційної), в яких набувають розвитку соціальна, психолого-педагогічна реабілітація; введення нової інституції соціальних послуг, які базувались на створеній інституційній системі державних закладів і організацій. У цей період гостро постає проблема державного регулювання та реалізації програм професійної реабілітації і зайнятості осіб з інвалідністю. Практично на самий початок знаходяться питання формування доступного для осіб з інвалідністю середовища життєдіяльності. Указ Президента України (від 24 травня 2000 № 717) «Основні напрями соціальної політики на період до 2004 року» визначає важливе завдання удосконалення соціального захисту осіб з інвалідністю: необхідність створення умов для забезпечення повноцінного життя, гарантування рівних з усіма іншими громадянами можливості участі в економічному, соціальному і політичному житті держави. Верховною Радою України в цей час приймаються ЗУ «Про охорону дитинства» (2001), «Про соціальну роботу з сім'ями, дітьми, молоддю» (2001), «Про соціальні послуги» (2003) – формується інститут соціальних послуг, «Про ратифікацію Конвенції про професійну реабілітацію та зайнятість осіб з інвалідністю» (2003), «Про реабілітацію осіб з інвалідністю» (2005), Постанови Кабінету Міністрів України «Про затвердження типового положення про центр соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями» (2005), «Про затвердження типової програми реабілітації інвалідів» (2006), «Про затвердження Порядку надання окремим

категоріям осіб послуг із комплексної реабілітації (абілітації)» (2007), «Про затвердження Порядку надання інвалідам, дітям-інвалідам і дітям до двох років, які належать до груп ризику щодо отримання інвалідності» (2007), «Про затвердження Державної програми розвитку системи реабілітації та трудової зайнятості осіб з обмеженими фізичними можливостями, психічними захворюваннями та розумовою відсталістю на період до 2011 року» (2007), «Про затвердження положення про індивідуальну програму реабілітації інваліда» (2007); Розпорядження Кабінету України «Про схвалення Концепції ранньої реабілітації дітей-інвалідів» (2000), «Про затвердження Концепції соціальної адаптації осіб з розумовою відсталістю» (2004). Етап нормалізував ініціативи попереднього варіативного етапу і привів до створення у громадах соціальних і реабілітаційних послуг.

Нова галузь «соціальні послуги» була започаткована в Україні з 2003 року з прийняттям першого закону «Про соціальні послуги» [215]. Соціальні послуги мали замінити існуючу з радянських часів систему соціального обслуговування населення, яка складалась з мережі закладів та установ, утримання яких здійснювалось повністю за державні кошти, орієнтувалася в більшості не на потреби людей, а можливості бюджету, оцінка якості послуг не здійснювалась. Новоутворена система, за оцінками експертів, базувалась переважно на державних і комунальних закладах соціального обслуговування і потребувала змін.

При Міністерстві освіти та науки України в цей період з 2002 по 2004 рік відбулась перша реорганізація ПМПК та закріплення її діяльності на постійній основі: прийнято нове Положення про діяльність, яке регулювало діяльність як самостійних постійно діючих установ освіти з чітко визначеними функціями і напрямками діяльності, розмежовувало завдання Центральної, обласних і районних (міських) консультацій. Таким чином була сформована мережа консультації, методичний супровід яких здійснювала Центральна консультація, яка стала структурним підрозділом Українського науково-методичного центру практичної психології і соціальної роботи АПН України. У робочому часі спеціалістів ПМПК вперше передбачено індивідуальні корекційні заняття з

дитиною. Врегулювання умов праці спеціалістів і діяльності ПМПК дозволило працювати системно, вийти на більш якісний рівень роботи, розвинути нові види роботи від діагностування, корекції до консультацій і проведення профілактичних заходів. У цей час формується нова філософія ставлення до людей з інвалідністю, захисту прав дітей з інвалідністю і їх як батьків. Водночас система освіти України, на думку А. Г. Обуховської, має не гнучку жорстку систему задоволення права на здобуття освіти дітьми з інвалідністю, монопольну систему спеціальних навчальних закладів [149, с. 13-18]. Тим не менш, Указом Президента України (2002) затверджується Національна доктрина розвитку освіти, в якій визначено рівний доступ до освіти дітей з особливостями психічного і фізичного розвитку. На необхідності інтеграції дітей з інвалідністю в загальний освітній процес зосереджено увагу в Міжгалузевій комплексній програмі «Здоров'я нації» на 2002–2011 роки, затвердженій Постановою Кабінету Міністрів України (2002). У 2001 році кількість учнів з інвалідністю, які навчаються у професійно-технічних навчальних закладах збільшилось на 44,7%, у вищих навчальних закладах – у 2,1 рази, ніж у 1994 році [220, с.88–91]. У 26 вищих навчальних закладах функціонують спеціальні групи для студентів з порушенням слуху і зору. У педагогічних навчальних закладах розпочато підготовку фахівців «фізична реабілітація» [220, с.91–95].

У Міністерстві праці та соціального захисту України в 2001 році на базі Миколаївського центру «Надія» утворено Державний комплекс ранньої соціальної реабілітації дітей-інвалідів, створена Міжвідомча координаційна рада з питань ранньої соціальної реабілітації дітей-інвалідів на чолі з Віце-прем'єр-міністром України, представниками Міністерства праці та соціальної політики, МОЗ, МОН, громадських організацій осіб з інвалідністю [221]. Спільним наказом з МОН, МОЗ і Фондом соціального захисту інвалідів підписано наказ (2002) «Про затвердження типового положення про центр ранньої соціальної реабілітації дітей-інвалідів». Створення системи ранньої реабілітації дітей з інвалідністю від нуля до 7 років мало здійснювати ранню

соціальну реабілітацію без відриву від сім'ї і за участі членів сім'ї, ранню соціальну інтеграцію в суспільство, поступову інтеграцію дітей з інвалідністю до дошкільних закладів і загальноосвітніх шкіл, перебування дитини в дитячому колективі без ізоляції від суспільства; мало завершити формування цілісної реабілітаційної системи в Україні [223]. Планувалося впровадження системи ранньої реабілітації дітей з інвалідністю зі створення Всеукраїнської мережі центрів з розрахунку: 1) Державний комплекс ранньої соціальної реабілітації дітей-інвалідів (м. Миколаїв); 2) обласні центри ранньої реабілітації дітей з інвалідністю (один на область); 3) районні центри (відділення) ранньої соціальної реабілітації (один центр на кожний район області). Станом на 01.07.2008 року функціонувало 222 центри (відділення) соціальної реабілітації дітей-інвалідів [220, с. 105–109]. Для здійснення заходів професійної реабілітації в 2001 році Указом Президента України (2001) відкрито Всеукраїнський центр професійної реабілітації інвалідів (Лютіж, Київська обл.), в якому проходили професійну реабілітацію особи з інвалідністю за дев'ятьма робітничими професіями [187; 208]. З часом виходить наказ від 13.02.2007 № 201 (Мінюст від 06.03.2007 № 201/13468) «Про затвердження Типового положення про центр соціальної реабілітації дітей-інвалідів», яке розпочинає формувати систему реабілітаційних закладів для дітей з інвалідністю при Міністерстві. Реабілітація, як система, в Україні формується державним і недержавним сектором, починаючи з 2007 року, майже всі центри реабілітації, що створені громадським сектором, перейшли в підпорядкування Мінсоцполітики як державні установи з отриманням державного фінансування. У громадському секторі залишилось працювати 80 центрів реабілітації осіб з інвалідністю та дітей з інвалідністю. Наразі таке об'єднання державних і недержавних секторів скоріше свідчить не про розбудову системи реабілітаційних послуг для дітей і молоді з інвалідністю, а про відсутність державних механізмів підтримки розвитку послуг у громаді на основі соціального замовлення. Установою, на яку покладено координуючу та методологічну функцію організації діяльності мережі реабілітаційних закладів

для дітей з інвалідністю, функцію підвищення кваліфікації фахівців центрів соціальної реабілітації дітей з інвалідністю, є Державний комплекс соціальної реабілітації дітей-інвалідів (м. Миколаїв), який підпорядкований Мінпраці України. У 2007 році наказом міністерства створено Методичну раду з питань реабілітації інвалідів і дітей-інвалідів, що сприяло впровадженню єдиного системного підходу до роботи реабілітаційних установ сфери управління Мінпраці України [254; 257; 220; 85; 191; 205].

У Міністерстві охорони здоров'я України у класифікатор професії введено фах «фізична реабілітація» (2000). З причин збільшення динаміки інвалідності серед населення країни, розробляється Комплексна програма профілактики інвалідності серед дітей та населення працездатного віку на період 2000-2005 роки. Основним напрямом медико-соціальної допомоги дітям з інвалідністю є профілактика та подальше удосконалення спеціалізованої медичної допомоги, зокрема започатковано проведення масового скринінгу новонароджених на виявлення і своєчасну діагностику станів, які приводять до ранніх інвалідизуючих станів [220, с. 31–35].

Міністерство України сім'ї та молоді України в 2000 році реорганізовано в Державний комітет молодіжної політики, спорту і туризму України, а в 2002 році Державний комітет України у справах сім'ї та молоді, у 2004 році перейменовано у Міністерство України у справах сім'ї, дітей та молоді, а в 2005 році в Міністерство сім'ї, молоді та спорту. Весь цей час діє Український державний центр соціальних служб для молоді, який здійснює організаційно-правове, науково-методичне керування системою ССМ. У 2001 році виходить постанова Кабміну України про оновлене положення про діяльність соціальних служб, де визначено завдання і функції: здійснюють соціально-реабілітаційні заходи щодо відновлення соціальних функцій, соціальне обслуговування дітей, молоді та сімей шляхом надання їм соціально-педагогічних, психологічних, юридичних, соціально-економічних, соціально-медичних, та інформаційних послуг тощо [213]. Служби стали центрами реалізації соціальних програм і координації спеціалізованих формувань, які розвивались за різними

актуальними напрямками соціальної роботи. Одне із таких спеціалізованих формувань «Центри соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями» створено наказом Держсоцслужби від 04.09.2002 № 80 [4; 148]. У Україні діє 38 центрів соціальної реабілітації для дітей та молоді з інвалідністю: м Київ (18), Донецькій (11), Одеській (3), Львівській (2), Житомирській, Запорізькій, Луганській, Рівненській областях (по 1) [79]. У серпні 2004 року виходить Постанова Кабміну України «Про заходи щодо вдосконалення соціальної роботи із сім'ями, дітьми та молоддю», в якій визначається нове положення про діяльність ЦССМ, змінюється назва і розширюються функції і повноваження. Центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді (далі – ЦСССДМ) є спеціальним закладом, що забезпечує організацію та проведення у відповідній територіальній громаді соціальної роботи із соціально незахищеними категоріями сімей, дітей та молоді, які перебувають у складних життєвих обставинах та потребують сторонньої допомоги [60]. Розширюються напрями соціальної роботи, виокремлюються нові категорії отримувачів послуг. Соціальні послуги, що надаються: інформаційні, соціально-педагогічні, психологічні, соціально-медичні, соціально-економічні, юридичні. Щодо соціальної роботи з дітьми і молоддю з інвалідністю в 2005 році прийнято постанову Кабінету Міністрів України від 08.09.2005 № 877 «Про примірне Положення про центри соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями» [200]. В Україні діяло: 2006 – 4, 2007 – 8, 2010 – 14, 2011 – 15, 2012 – 17, 2013 – 19, 2014 – 16, 2017 – 18, 2018 – 13, 2019 – 16 центрів соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями у 6 регіонах (5 – у Києві, 2 – у Івано-Франківській області, 1 – у Закарпатській, 3 – у Вінницькій, 3 – в Одеській областях). Рівень підпорядкованості: обласного – 4; міського – 4; районного – 3; районного у містах – 5 [54; 79; 88; 89; 135].

Також, у 2001 році створено Національний центр параолімпійської і дефлімпійської підготовки та реабілітації інвалідів за фінансування Фонду соціального захисту інвалідів. Результатами третього періоду є:

- створення нормативно-правової бази регулювання реабілітації осіб з інвалідністю і надання соціальних послуг;
- розвиток ЦРДМ з інвалідністю (соціальної, медико-соціальної, професійної, соціально-психологічної, навчально-реабілітаційної) у чотирьох міністерствах України;
- введення у класифікатор професій «фізична реабілітація».

Характеристика етапу розбудови ЦРДМ з інвалідністю, як служб надання якісних та доступних послуг в умовах децентралізованого державного управління (2007 р. і донині). Початок цього етапу можна зафіксувати як зміни у системі реабілітації і наданні соціальних послуг, що був обумовлений реформуванням соціальних послуг (2007 р.), процесами деінституціалізації (2009 р.), реформую державного управління (децентралізація) і розбудовою громад (2014 р.). Цей етап характеризується визначенням місця та напрямів розвитку ЦРДМ у реформованій системі державного управління, пошуку відповідних форм надання дітям та молоді з інвалідністю якісних та доступних послуг на рівні громади без їхнього вилучення із сімейного оточення; запровадження нових підходів до фінансування послуг – перехід від утримання установ до фінансування послуг.

З 2013 року Міністерство соціальної політики України вводить державні стандарти соціальних послуг, серед яких реабілітація осіб з інтелектуальними та психічними розладами. Однак уніфікований характер стандартів, як мінімального гарантованого державою пакета послуг, хоч і посилював забезпечення їхньої доступності, створення ринку соціальних послуг та визначав вимоги до підготовки необхідного кадрового забезпечення, однак все ще не міг врахувати повноту всієї специфіки потреб, особливостей надання соціальної допомоги, підтримки, реабілітації дітей й молоді з інвалідністю та їхніх сімей [146].

Також у цей період постають актуальними питання захист прав дитини (у тому числі з інвалідністю) та врахування її думки у прийнятті рішень щодо неї. Також відмітимо, що основним досягненням з 2011 по 2014 рр. став перехід від

діяльності, спрямованої на боротьбу із наслідками порушень прав дітей, до заходів щодо профілактики, створення умов для забезпечення права кожної дитини на виховання в сім'ї, запобігання її соціальному сирітству. Цьому слугував указ Президента України від 25.08.2015 № 501 «Про затвердження Національної стратегії у сфері прав людини» та Національна стратегія реформування системи інституційного догляду та виховання дітей на 2017-2026 роки», що були спрямовані на зміни існуючої системи інституційного догляду та виховання дітей, як такої, що не відповідає запитам та потребам дітей (наразі з інвалідністю) і вимагає створенню системи підтримки дитини у сім'ї [203]. Стратегія базується на таких принципах: безпека і благополуччя дитини є пріоритетом державної політики; сім'я є найкращим середовищем для виховання та розвитку дитини; збереження сім'ї для дитини є головною умовою забезпечення найкращих інтересів дитини та її благополуччя; державою заохочується та підтримується відповідальне батьківство; реформування системи інституційного догляду та виховання дітей проводиться з урахуванням потреб, думки та інтересів кожної дитини; залучення дітей до прийняття рішень, що стосуються їхнього життя та майбутнього. Важливий вплив на розбудову системи реабілітації і соціальних послуг вплинула ратифікація Україною Конвенції ООН прав осіб з інвалідністю (2009 р.) Згідно з Конвенцією система послуг людям з інвалідністю має здійснюватися у відповідності до принципів (ст. 3): недискримінація, співучасть, автономія, свобода вибору, соціальне включення, гендерна рівність, рівні можливості.

Нова редакція Закону України «Про соціальні послуги» (2019 р.) також створює умови для покращення організації сфери соціальних послуг на рівні об'єднаних територіальних громад, чому слугує і розпочата у країні в цей період деінституалізація та реформа державного управління (2014 р.), спрямовуючи розвиток реабілітаційних і соціальних послуг безпосередньо у громади. Децентралізація змінює повноваження від державних органів органам місцевого самоврядування і враховує потреби місцевих громад [214].

Відповідно, соціальні послуги, послуги реабілітації, потреби в послугах мають формуватися на рівні місцевої громади.

Наразі у структурі МОН України пошук форм надання якісних послуг ініціює створення (наказ МОН від 16.08.2012 № 920, зареєстрований у Мінюсті 05.09.2012 № 1502/21814) навчально-реабілітаційних центрів (далі НРЦ) задля реалізації права на освіту дітей з особливими освітніми потребами, зумовленими складними вадами розвитку, їхньої інтеграція в суспільство шляхом здійснення комплексних реабілітаційних заходів, спрямованих на відновлення здоров'я, здобуття освіти відповідного рівня, розвиток та корекцію порушень. Виходить постанова КМУ від 06.03.2019 № 221 «Про затвердження Положення про спеціальну школу та Положення про навчально-реабілітаційний центр». Показники їхнього створення та зростання надано у табл. 2.5 [132].

Таблиця 2.5.

Динаміка розвитку навчально-реабілітаційних центрів МОН

Навчальні роки / Контингент	2014/2015	2015/2016	2016/2017	2017/2018	2018/2019	2019/2020
к-ть НРЦ	48	58	71	82	85	89
к-ть учнів	5468	6358	7900	9115	9655	9749

Джерело: розроблено автором

Ще однією структурою МОН постають новостворені (2017) Інклюзивно-ресурсні центри (далі ІРЦ), а існуюча система ПМПК втрачає свої повноваження. Станом 2020 р. кількість зареєстрованих інклюзивно-ресурсних центрів склала 638, діяльність яких спрямована на проведення комплексної психолого-педагогічної оцінки розвитку дитини, надання психолого-педагогічних, корекційно-розвиткових послуг та забезпечення права дітей з особливими освітніми потребами віком від 2 до 18 років на здобуття дошкільної та загальної середньої освіти, у тому числі, у закладах професійної (професійно-технічної) освіти [195; 132].

У сфері медицини теж відбулися зміни щодо приділення уваги питанням реабілітації осіб з інвалідністю, Так у 2008 році створено Український науково-практичний медичний центр неврології і реабілітації з метою надання

спеціалізованої консультативно-діагностичної, стаціонарної наркологічної та реабілітаційної допомоги дітям, особам з обмеженою життєдіяльністю; координацію питань формування мережі відповідних закладів охорони здоров'я; виконання наукових досліджень та впроваджень сучасних досягнень науки з питань неврології та реабілітації населення. А у 2018 році розроблено Концепцію соціальної педіатрії (комплексної медико-соціальної реабілітації дітей з обмеженнями життєдіяльності) [162, с.12-30], Загальнодержавної програми «Здоров'я – 2020» [222]. У МОЗ діє 360 медико-соціальних експертних комісій, з яких 138 спеціального профілю [91; 133]. З метою впровадження міжнародних стандартів реабілітації і доступності до реабілітаційних заходів прийнято ЗУ від 03.12.2020 № 1053-IX «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» [210].

Особливого значення у розбудові послуг Центрів все більше починають займати превентивні програми. Так за підтримки Євросоюзу та технічної допомоги програми Twinning в Україні започатковується розроблення законодавчих і адміністративних засад щодо запровадження системи раннього втручання. Тож у плануванні послуг починає надаватися пріоритет превентивним заходам, що втілюється у створенні служб при громадських організаціях по наданню послуги раннього втручання у тому числі і реабілітації дітей, які мають ризик інвалідності [135]. У системі МОЗ також запроваджується (2010 р.) створення центрів медико-соціальної реабілітації раннього втручання у структурі будинків дитини з метою втручання для надання допомоги дітям з інвалідністю з урахуванням: категорій дітей, які потребують постійного медичного спостереження і відповідних лікувально-діагностичних реабілітаційних заходів, матеріально-технічних ресурсів закладів системи охорони здоров'я, професійного кадрового потенціалу. Відповідно набуває сили і розвиток системи паліативного догляду дітей: створюються центри паліативної допомоги дітям, формуються виїзні мультидисциплінарні бригади відповідно до рекомендацій ВООЗ [133]. Затверджується Постанова

КМУ від 10.08.2019 № 675 «Про затвердження Положення про центр медичної реабілітації та паліативної допомоги дітям».

Станом на 1 січня 2011 року у системі Міністерства праці та соціальної політики України функціонувало 207 реабілітаційних установ для осіб з інвалідністю та дітей з інвалідністю, з них 81 центр соціальної реабілітації дітей з інвалідністю, у тому числі Державний комплекс соціальної реабілітації дітей-інвалідів (м. Миколаїв), 110 реабілітаційних відділень для дітей-інвалідів у складі територіальних центрів соціального обслуговування (надання соціальних послуг). Кількість дітей з інвалідністю, які отримали реабілітаційні послуги у вищезазначених реабілітаційних установах, за даними Міністерства праці та соціальної політики України, у 2010 році складала 15,2 тис. осіб (9,2% від загальної чисельності дітей-інвалідів) [260]. З 2013 року створену систему реабілітації дітей та осіб з інвалідністю в системі Мінсоцполітики почали реформувати, у 2017 р. діяло п'ять типів реабілітаційних установ (державної і комунальної власності): центри професійної реабілітації осіб з інвалідністю – 4 установи; центри соціальної реабілітації дітей з інвалідністю – 118 установ; центри комплексної реабілітації для осіб з інвалідністю – 29 установ; реабілітаційні установи змішаного типу (комплексної реабілітації) для осіб з інвалідністю внаслідок інтелектуальних порушень – 2 установи; центри соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями – 18 [135].

У контексті реформи деінституціалізації розглядаються питання створення інноваційних відділень, а саме: денного догляду, п'ятиденного стаціонарного догляду, транзитного перебування, підтриманого проживання, паліативного догляду тощо; реабілітаційні заходи зазначаються як одні з пріоритетних у діяльності будинку-інтернату [199]. У 2018 р. введено нову редакцію Порядку надання послуг із комплексної реабілітації (абілітації), в якій замінено поняття «реабілітаційні послуги» на поняттям «послуги з комплексної реабілітації (абілітації)» у зв'язку з тим, що реабілітаційні установи з метою практичної реалізації Конвенції, Закону та інших підзаконних актів у цій сфері вже

надають послуги з комплексної реабілітації (абілітації), ефективність яких доведено завдяки можливостям одночасного застосування різних видів реабілітаційних заходів, виходячи з реальних потреб кожного отримувача послуг. У 2019 р. здійснено перехід системи отримання реабілітаційних послуг і забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю та інших окремих категорій населення шляхом запровадження адресного підходу за принципом «гроші ходять за людиною», перейшовши від фінансування установ і підприємств-виробників до оплати фактично наданої послуги, яку обирає людина [135].

На цьому етапі відбулось перепідпорядкування мережі ЦСССДМ від Міністерства сім'ї, молоді і спорту України до Міністерства соціальної політики України. Починаючи з 2013 році запроваджуються нові підходи до забезпечення соціальної підтримки вразливих верств населення у складних життєвих обставинах, оптимізується система соціальної допомоги та послуг: у штати ЦСССДМ вводились посади фахівців соціальної роботи [189]. Фахівець із соціальної роботи на 80% менеджер, який залучає ресурси місцевої громади на вирішення проблем конкретної сім'ї; діагност сімейних проблем, тобто вміє правильно діагностувати проблематику складних життєвих обставин сім'ї; координатор діяльності максимально можливих державних та недержавних суб'єктів соціальної роботи, що залучаються в інтересах сім'ї з дитиною; це спеціаліст, який може дати фахові рекомендації на психологічну, педагогічну, правову тематику.

У 2016 р. було введено нові типові структура і штати центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді для надання спеціалізованих послуг у громадах (наказ Мінсоцполітики від 29.06.2016 № 709, зареєстровано в Мін'юсті 11.07.2016 за № 939/29069), зокрема, посади практичного психолога, юрисконсульта, соціального педагога та фахівця із соціальної роботи. Запроваджено новий підхід до визначення кількості штатних одиниць – відповідно до потреб кожної громади у тих чи інших послугах. У 2019 р. ЦСССДМ реформували в центри соціальних служб [56].

Натомість трансформаційні зміни міністерств створюють певні труднощі. Так з листопада 2011 року питання соціального захисту дітей було віднесено до компетенції Мінсоцполітики, а категорія «молодь» залишилася в компетенції Міністерства молоді та спорту України, завданнями якого є реалізація державної молодіжної політики у сфері фізичної культури та спорту, тим самим визначаючи і напрям надання реабілітаційних заходів. Станом на 2020 р., до системи закладів фізичної культури і спорту осіб з інвалідністю «Інваспорт» входили 25 регіональних центрів з фізичної культури і спорту інвалідів «Інваспорт», 80 їхніх відділень у регіональних та місцевих центрах, 24 дитячо-юнацькі спортивні школи для осіб з інвалідністю і 148 фізкультурно-оздоровчих клубів. Український центр з фізичної культури і спорту осіб з інвалідністю «Інваспорт» забезпечує діяльність штатної збірної команди України з видів спорту осіб з інвалідністю [77].

Результатами етапу є: схвалення міжнародних та вітчизняних нормативних документів з питань захисту прав осіб з інвалідністю (у тому числі дітей та молоді), де особливе значення займає ратифікація Україною Конвенції прав осіб з інвалідністю, в якій визначено принципи взаємодії з особою з інвалідністю, у т.ч. створення послуг для осіб з інвалідністю, реабілітації; розвиток ЦРДМ відбувається відповідно до змін нормативно-законодавчої бази, що, наразі, визначається процесами децентралізації, наближення послуг до їхніх користувачів та розвитком громад; реформування соціальних послуг, розширення спектра соціальних послуг дітям з інвалідністю і підтримки їхніх сімей; створення послуг для молоді з інвалідністю (особливо мультиінвалідності) з підтримки самостійності та життя у громаді.

Згідно проведеного аналізу нами був складений перелік типів реабілітаційних установ різних відомств, з виокремленням тих, які функціонують для дітей та молоді з інвалідністю (табл. 2.6).

Таблиця 2.6.

**Типологія (класифікація) реабілітаційних закладів
осіб з інвалідністю (підпорядкування різних міністерств)**

тип	підпорядкування	назва	діти з інвалідністю	молодь з інвалідністю	особи з інвалідністю
Реабілітації у сфері охорони здоров'я (медичної реабілітації)	МОЗ	Український медичний центр реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи МОЗ України	+	-	-
		центр реабілітації та паліативної допомоги	-	+	+
Медико-соціальної реабілітації	МОЗ	<i>центри (відділення) медико-соціальної реабілітації дітей з інвалідністю (реорганізуються)</i>	+	-	-
		<i>центри (відділення) медико-соціальної та трудової реабілітації психічно хворих (реорганізуються)</i>	-	+	+
Соціальної реабілітації	Мінсоцполітики	<i>відділення медико-соціальної реабілітації дітей з інвалідністю (реорганізуються)</i>	+	-	-
		<i>центр соціальної реабілітації дітей з інвалідністю (реорганізуються)</i>	+	-	-
Психолого-педагогічної реабілітації	МОН	центр соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями	+	+	-
Фізичної реабілітації	МОН	навчально-реабілітаційний центр	+	-	-
Професійної реабілітації	Мінсоцполітики	<i>центр професійної реабілітації осіб з інвалідністю (реорганізуються)</i>	-	+	+
Трудової реабілітації		<i>центр трудової реабілітації для розумово відсталих інвалідів м. Києва з відділенням соціальної адаптації (реорганізовано)</i>	-	+	-
Фізкультурно-спортивної реабілітації	НКСІУ (ММСУ)	Всеукраїнський реабілітаційно-відновлювальний спортивний центр Національного комітету спорту осіб з інвалідністю України (НКСІУ)	+	+	+
		Західний реабілітаційно-спортивний центр Національного комітету спорту осіб з інвалідністю України (Львівська обл.)	+	+	+
		<i>Національний центр паралімпійської та дефлімпійської підготовки та реабілітації інвалідів (м. Євпаторія) (анексований)</i>	+	+	+

Змішаного типу	Мінсоцполітики	центр комплексної реабілітації для дітей з інвалідністю	+	-	-
		центр комплексної реабілітації для осіб з інвалідністю	+	+	+
		реабілітаційна установа змішаного типу для осіб з інвалідністю і дітей з інвалідністю (реорганізуються)	+	-	-
		реабілітаційна установа змішаного типу (комплексної реабілітації) для осіб з інвалідністю внаслідок інтелектуальних порушень (реорганізуються)	+	+	+

Джерело: розроблено автором

Проведений нами аналіз діючих реабілітаційних закладів констатує трансформацію системи реабілітації і реабілітаційних закладів. Виявлено вісім типів центрів реабілітації, які здійснювали свою роботу для дітей та молоді з інвалідністю у чотирьох міністерствах (Додаток Н). Після внесених змін у нормативно-правову базу в 2018–2020 роках, центри трансформуються в чотири типи центрів реабілітації: медичної (закладах охорони здоров'я), психолого-педагогічної, фізкультурно-спортивної, змішаного типу (Додаток Н-1). Спостерігаємо зміни в підходах до реабілітації, розвиток соціальних послуг, програм, центрів/служб для вирішення актуальних проблем дітей та молоді з інвалідністю.

2.4. Аналіз запитів на реабілітаційні послуги дітей та молоді з інвалідністю

Статистичний аналіз публічних даних Міністерства соціальної політики України показав, що з 1991-го по 2019 рік чисельність дітей з інвалідністю збільшилась з 0,5% до 1,99 відсотка, при тому що загалом зменшилось на 57,6% [135; 256; 70]. У середньому річний приріст *кількості* дітей з інвалідністю становить 3,6%.

Звернення до звітних документів щодо становища дітей та молоді з інвалідністю в Україні дає підстави, що в означеному сегменті державної соціальної політики мають місце певні прогалини, зокрема відсутність

системного підходу та об'єктивної інформації за останні роки; не відповідність запитів і потреб на реабілітаційні послуги дітей та молоді з інвалідністю реального стану надання реабілітаційних послуг означеній категорії; порушення задекларованих у вітчизняних нормативно-правових документах адресності та якості реабілітаційних послуг дітям та молоді з інвалідністю.

Проаналізуємо національні звіти на предмет визначення досліджень потреб дітей та молоді з інвалідністю в Україні та їхні запити на реабілітаційні послуги. За логікою нашої наукової роботи ми визначили, що сім'я, в якій виховується дитина з інвалідністю і проживає молода особа з інвалідністю є місцем соціалізації дитини і найкращим середовищем для її розвитку. З розвитком наукових підходів і парадигмальних змін до реабілітації, визначено, що члени сім'ї, близьке середовище (мікрорівень) мають бути врахованим при здійсненні реабілітаційних заходів. Таким чином, батьки і члени сім'ї дитини або молоді особи з інвалідністю є суб'єктом соціальної реабілітації дітей та молоді з інвалідністю і їх запити на реабілітаційні послуги ми будемо розглядати в цьому параграфі.

Розглянемо ситуацію щодо дітей з інвалідністю в Україні. Щорічна національна статистична та аналітична звітність щодо становища дітей з інвалідністю здійснюється в межах параграфу «Захист прав дітей різних категорій» у рамках щорічної державної доповіді про становище дітей в Україні на виконання Конвенції прав дітей (відповідальне Мінсоцполітики, до 2012 р. – Міністерство у справах сім'ї, молоді та спорту України). В цьому параграфі висвітлюються питання забезпечення прав дітей з інвалідністю (освіту, соціальний захист, медичну допомогу тощо) [135; 52; 53; 67; 71].

За роки незалежності в Україні на державному рівні була підготовлена єдина Державна доповідь про становище дітей в Україні «Забезпечення прав дітей з особливими потребами» відповідно до статистичних даних, за підсумками 2006 року [67], в якій проаналізовано стан дітей з інвалідністю в контексті загальної ситуації становища дітей в Україні, нормативно-законодавче забезпечення прав дітей з особливими потребами в Україні,

досліджено особливості виховання дітей у сім'ї, залежно від виду інвалідності дитини, а також розглянуто шляхи реалізації державної політики щодо забезпечення прав дітей з особливими потребами, проаналізована роль третього сектору в наданні соціальних послуг дітям з особливими потребами, розглянуто міжнародний досвід забезпечення прав дітей з особливими потребами. За результатами аналізу діти з інвалідністю визнані найуразливішою категорією суспільства і урядом України визначено за мету створення умов, за яких діти з інвалідністю мають мати доступ до цих же прав та свобод, що й інші члени суспільства. Зазначається, що діти з інвалідністю, які виховуються в інтернатних закладах, мають чимало труднощів, які визначаються не лише діагнозами, а й відсутністю родинного оточення, задля їхньої соціалізації і інтеграції в суспільство. Згідно з МКФ-ДП функціонування дитини не можна розглядати в ізольованому середовищі: дитина має розглядатися через сімейну систему у її середовищі і громаді. У цьому динамічному процесі функціонування дитини та її емоційний та соціальний розвиток визначається безперервною взаємодією у колі сім'ї та родини, або іншими особами, які забезпечують турботу про неї в різних життєвих ситуаціях. Науковці зазначають, що сімейні та соціальні взаємодії формують основу для придбання дитиною різних навичок в перші два десятиліття життя, в якому роль фізичного і соціального оточення є вирішальною [126; 259].

Щорічні державні доповіді Президентів України, Верховній Раді України, Кабінету Міністрів України про становище молоді в Україні (відповідальне Міністерство молоді та спорту України) готуються з 1988 року і не виокремлюють категорію «молодь з інвалідністю». Систематизація щорічної аналітичної інформації щодо молоді з інвалідністю, тенденцій їхніх змін виявила, що потреби і проблеми молоді з інвалідністю не вивчаються за запитом державних органів чи недержавного сектору [139; 140; 144; 262; 270]. Єдине соціологічне дослідження, яке вивчало потреби дітей та молоді з інвалідністю і членів їхніх сімей було проведено в 2002 році за замовленням Державного центру соціальних служб для молоді і виконувалось Державним

інститутом проблем сім'ї та молоді. Соціологічне дослідження «Соціальна адаптація дітей та молоді з вадами розвитку» [78]. У звіті були представлені основні соціальні проблеми, з якими стикаються діти та молодь з інвалідністю України. У цьому звіті вперше було представлено погляд самих дітей та молоді з інвалідністю, їхніх батьків та експертів з числа фахівців, які працюють з зазначеною категорією дітей та молоді. За результатами цього дослідження планувалась робота з дітьми та молоддю з інвалідністю в мережі соціальних служб для молоді України. Усього Державним інститутом сімейної та молодіжної політики було підготовлено 20 доповідей (3 загальних, 17 тематичних) [61].

Державну доповідь про становище осіб з інвалідністю в Україні вперше було підготовлено у 2002 році і здійснювалось щорічно до 2013 року (відповідальне Мінсоцполітики), у межах якої окремо досліджувались питання «Дітей з інвалідністю», «Абілітації та реабілітації» [52; 53; 67; 71]. З 2014 року по даний час Мінсоцполітики готує щорічну «Інформацію про стан виконання завдань і заходів цільової програми «Національний план дій з реалізації Конвенції про права осіб з інвалідністю» на період до 2020 року». Але в цьому звіті потреби і актуальні проблеми дітей та молоді з інвалідністю не досліджуються, також питання абілітації і реабілітації [135].

З 2011 року Мінсоцполітики готує щорічний Соціальний звіт, в якому здійснює аналітичний огляд подій у сфері соціального розвитку. У розділі «Захист окремих категорій громадян» на трьох сторінках розглядається «Соціальний захист осіб з інвалідністю», де представлено звіт про забезпечення осіб і дітей з інвалідністю технічними реабілітаційними засобами. В зазначених звітах надається інформація про Централізований банк даних з проблем інвалідності, який збирає питання економічної оплати підприємствами вартості виданих виробів та наданих послуг згідно з укладеними договорами та актами приймання-передачі робіт [135; 89]. Інформація про зміст наданих соціальних і реабілітаційних послуг, їх результати, зміни в якості життя дітей, молоді, осіб з

інвалідністю та членів їхніх сімей, пропозиції щодо вирішення актуальних соціальних проблем зазначеної категорії осіб відсутні.

З 2015 року Україна раз на чотири роки надає періодичний звіт з виконання Конвенції прав осіб з інвалідністю до Комітету ООН прав людей з інвалідністю (штаб-квартира в Нью-Йорку). Готується два звіти: від держави (відповідальне Мінсоцполітики) та альтернативний (недержавний сектор). За підсумками звіту Комітет ООН надає державам рекомендації, на виконання яких розробляється нормативний документ «План заходів з виконання рекомендацій, викладених у заключних зауваженнях, наданих Комітетом ООН з прав осіб з інвалідністю до першої періодичної доповіді України про виконання Конвенції про права осіб з інвалідністю, на період до 2020 року» (розпорядження Кабінету Міністрів України від 28.12.2016 № 1073-р). За цим планом здійснюється робота в звіті фіксуються її результати [192].

Відсутність щорічних державних звітів щодо становища дітей, молоді, осіб з інвалідністю, сімей, які виховують дітей з інвалідністю; відсутність досліджень і презентації їхніх потреб на державному та місцевому рівні, актуальних соціальних проблем (бар'єрів) осіб з інвалідністю і, натомість, презентація економічних питань забезпечення технічними засобами реабілітації і послуг може привести до порушення громадянських, соціальних, економічних, культурних, політичних прав чоловіків і жінок, дітей з інвалідністю, створення додаткових бар'єрів до включення осіб з інвалідністю в суспільство. Зниження планування заходів на вирішення актуальних соціальних питань на рівні громади. Одним із прикладів є дослідження Київської міської державної адміністрації ставлення киян до закладів соціального захисту і реформування інтернатів [75; 76], але потреб дітей, молоді і сімей з інвалідністю глибоко не вивчають. На нашу думку найбільш ефективними будуть дослідження, які включають думку осіб з інвалідністю і їх батьків, спеціалістів, тих, хто приймає рішення, науковців і суспільства.

Характер інвалідності безпосередньо впливає на те, які проблеми можуть виникнути як у самої дитини з інвалідністю, так і її сім'ї. Так, щодо самої

дитини, проблемами можуть виступати: обмеження фізичної незалежності; обмеження мобільності; обмеження можливості набуття освіти; проблеми, пов'язані з інтеграцією дитини в суспільство; обмеження економічної незалежності. Також це може привести до проблем соціалізації дитини з інвалідністю, пов'язаних із: 1) фізіологічними особливостями розвитку і станом здоров'я дитини; 2) соціально-психологічними особливостями сприйняття оточуючої дійсності; 3) соціально-психологічними особливостями мислення; 4) мислення установками, рівнем розвитку мотиваційно-потребнісної сфери; 5) особистісною активністю дитини у засвоєнні суспільно-історичного досвіду [145].

Аналізуючи державну статистику дітей з інвалідністю були виявлені особливості, що стосуються територіального проживання. Так, третина дітей з інвалідністю – це сільські мешканці, дві третини – міські жителі. Із загальної кількості дітей з інвалідністю майже 20% влаштовані на постійне проживання у державні установи, тобто виховуються поза сім'єю. Щорічно на утримання цієї категорії дітей виділяється в країні до шести мільярдів гривень, більша частина яких йде не на потреби дітей, а на утримання будівель закладів, заробітну плату персоналу [70; 256]. Упродовж 2018 р. в Україні вперше встановлено інвалідність 16 208 дітям віком 0-17 років (21,3 випадків на 10 000 населення). На початок 2019 р. всього зареєстровано 161 594 дитини з інвалідністю (212,4 випадки на 10 тис. дітей відповідної вікової категорії), упродовж 2019 р. вперше встановлено інвалідність 16 307 дітей віком до 18 років (21,5 випадки на 10 тис. дітей). Станом на кінець 2019 р. всього було зареєстровано 163 886 дітей з інвалідністю (216,2 випадки на 10 тис. дітей відповідної вікової категорії). У структурі інвалідності дітей переважали природні аномалії (порушення розвитку) – 30%, хвороби центральної нервової системи – 15,5%, розлади психіки та поведінки – 16,5% [71, с.17].

Багаточисленні бар'єри, з якими стикаються діти з інвалідністю та члени їхніх сімей, потребують багатостороннього міжсекторального підходу. Тобто, політика щодо людей з інвалідністю в Україні має орієнтуватися на

необхідність усунення бар'єрів та здійснення активних заходів за цим напрямом. На сьогодні розглядаються у світовій спільноті такі бар'єри, які заважають повній участі людей з інвалідністю в суспільстві відповідно до Всесвітньої доповіді ВООЗ 2011 року: неадекватні заходи політики і стандартів; негативне ставлення; недостатність послуг; проблеми з надаванням послуг; недостатнє фінансування; відсутність доступності; неадекватність інформації та комунікації; відсутність консультування та включення; відсутність даних та досвіду [34].

В міжнародному звіті ЮНІСЕФ «Становище дітей у світі, 2013. Діти з інвалідністю» визначені такі бар'єри: проблеми ізоляції, насилля, низькі стандарти життя, велике навантаження на сім'ю, стигматизація та інституалізація, низька допомога при катаклізмах і катастрофах. Бар'єри вивчаються, щоб їх вирішувати, і таким чином одним із підходів, за підсумками зазначеної доповіді, є Гуманітарні заходи реагування: 1) підхід на основі прав людини (ст. 11 КПП); 2) інклюзивний підхід (мають потреби такі, як і інші діти, крім потреб пов'язаних з інвалідністю); 3) доступності і універсального дизайну, доступності до інформаційних систем; 4) заохочення розвитку у дітей самообслуговування і участі у всіх сферах життя; 5) просвіта, протидія дискримінації, увага дівчаткам [177; 244; 58].

За результатами дослідження «Нерівні можливості дітей в Україні: аналіз та рекомендації для політики» (2011) зазначається, що нерівні можливості складаються з трьох взаємопов'язаних елементів: 1) економічна спроможність сімей, які виховують дітей; 2) доступність послуг основних галузей соціальної сфери (охорона здоров'я та освіта) для всіх категорій дітей; 3) можливість включення до системи соціального захисту та можливість отримання якісної і дієвої підтримки від держави для соціально вразливих категорій. До основних проблем функціонування системи соціальної підтримки в напрямку забезпечення рівного доступу дітей до соціальних послуг зазначено: 1) низьку ефективність системи підтримки сімей з дітьми; 2) наявність низки невирішених питань у системі опіки та піклування; 3) недостатнє охоплення

дітей з інвалідністю реабілітаційними послугами та низька якість отримуваних послуг [145]. Підтримка осіб з інвалідністю з дитинства та дітей з інвалідністю має *дві форми*: 1) грошова та 2) соціальні послуги [135]. Науковець Ж. Петрочко (2017) зазначає, що потреби дитини мають свою специфіку, є рушієм життя і водночас засіб впливу, що об'єднуються в три групи: біологічні, соціальні, психологічні [253, с.42–43]. Вивчення цих потреб допоможе планувати якісну систему підтримки, допомоги і реабілітації.

Наступною категорією, яка потребує реабілітаційних послуг є молодь з інвалідністю. Молодь повинна розглядатися, з одного боку, як самостійна соціально-демографічна група, а з іншого боку – як невід'ємна частина суспільства, потенціал і роль якої необхідно враховувати у всіх сферах життя суспільства. Варто відмітити, що стратегічні пріоритети молодіжної політики до 2013 року визначали згідно зі встановленими категоріями молоді, що слугувало соціальному забезпеченню і підтримці молоді з інвалідністю, в той же час виступало чинником їхніх обмежень [263; 270; 96]. Стратегічні пріоритети молодіжної політики [264] сприяють створенню умов для забезпечення прав і потреб молоді, в той же час не враховують питання інтеграції і включення молоді з інвалідністю. Згідно із Законом України «Про сприяння соціальному становленню та розвитку молоді в Україні» молодими людьми вважаються особи віком від 14 до 35 років [218]. За національною класифікацією молодь поділяється на три основні групи: молодь шкільного віку – підлітки (14–17 років), молодь студентського віку – юність (18–24 роки), молодь зрілого віку – молоді дорослі (25–35 років). Зокрема, молодь має низку особливостей: 1) молодь вирізняється несформованістю ціннісних та духовно-моральних орієнтирів, браком життєвого досвіду; 2) молодому поколінню властиве неповне включення в існуючі соціально-економічні відносини, при цьому саме молодь найбільшою мірою забезпечує соціальну мобільність та є джерелом економічної ініціативи; 3) як і будь-яка соціальна група, вона має власні цілі та інтереси, формує в собі образ майбутнього й несе функцію соціального відтворення, слугує джерелом інновацій тощо [77].

Для нашого дослідження цінним є досвід Литви, про те як молодіжні працівники Асоціації неформальної освіти Литви приділяють увагу врахуванню показників вікового розвитку у процесі соціалізації: у дитинстві особа є залежною від батьків, дорослих, навчається формам поведінки в сім'ї і суспільстві; під час студентства стає незалежною і вчиться управляти фінансами, планувати свій час, визначати власні цілі; під час вже працевлаштування і в дорослому віці стає взаємозалежною, тобто бере на себе відповідальність за своє життя, свою справу, сім'ю тощо, рис.2.3. [43, с.27-28].

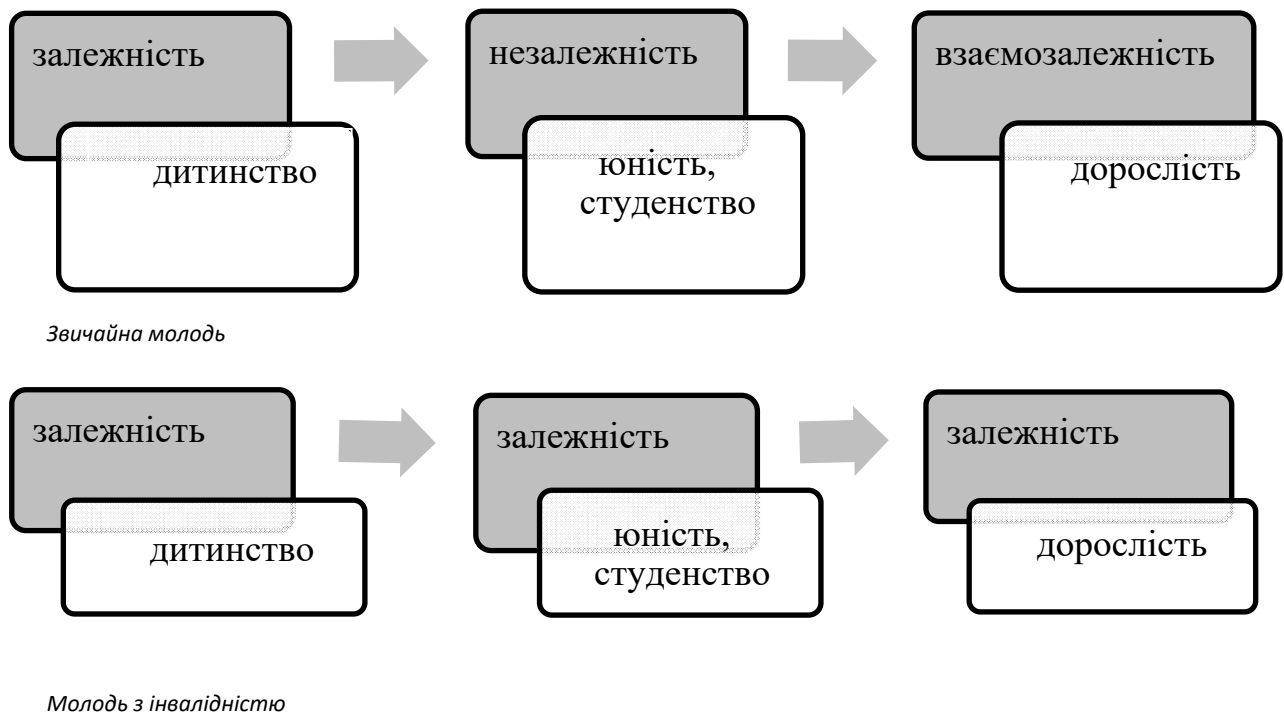


Рис.2.3. Етапи набуття самостійності молоді

Джерело: розроблено автором

Отже, кожна молода особа проходить шлях дорослішання в таких компонентах, як залежність в дитячому віці, незалежність під час студентських років (здобуття професії), взаємозалежність під час працевлаштування і створення стосунків. Відмінністю молоді з інвалідністю є те, що період незалежності може не настати із-за відсутності інфраструктури соціальних послуг, соціальної і соціально-педагогічної реабілітації, а без цього етапу дорослішання неможливий етап взаємозалежності. Водночас може розвинути співзалежність і споживацтво. Отже, без соціально-педагогічної допомоги

підлітки і молодь з інвалідністю мають високі ризики залишитись дезадаптованими та ізольованими від суспільства.

Незаперечним є те, що молодь з інвалідністю має проходити шляхи соціалізації звичайної людини, але для цього мають бути створені умови і розуміння особливостей соціалізації і проблем молодих громадян з інвалідністю, розуміння того, що не всі зможуть вести самостійний спосіб життя і будуть потребувати супроводу і допомоги, підтриманого проживання з урахуванням права автономії і самостійного прийняття рішень. В системі цих послуг будуть підтримувати дотримання парадигми «незалежного життя».

Щодо питань соціалізації молоді з інвалідністю уваги заслуговує один з перших методичних посібників для студентів-волонтерів Миколаївського обласного центру соціальних служб для молоді «Соціально-психологічна допомога молоді з особливими потребами» 2000 року, де визначено соціальні і психологічні чинники дезадаптації молоді з інвалідністю: соціальний (положення в суспільстві (статус), бар'єри в суспільстві, соціальна ізоляція, ставлення родини до особи з інвалідністю); психологічний (можуть бути порушення на емоційному рівні, індивідуально-психологічному, соціально-психологічному (цінності, провідні мотиви та установки)). Психологічні чинники викликані станом здоров'я (захворювання, травма, стан), що ведуть до фізичної болі, страху перед майбутнім. Сама інвалідність теж є чинником (статус, само стигматизація тощо) [258].

Питання процесу соціалізації є предметом досліджень науковців і фахівців різних галузей науки і професій: соціології, психології, філософії, корекційної педагогіки, соціальної психології, педагогічної та вікової психології, соціальної педагогіки. Вивчають різні аспекти цього процесу, досліджують механізми, етапи, стадії, фактори соціалізації. Питання соціалізації молоді вивчали українські дослідники: О. Яременко, Н. Комарова, Р. Левін та ін. (2003) у колективній монографії «Зайнятість молоді з функціональними обмеженнями» розглянули проблеми зайнятості молоді з інвалідністю, у тому числі питання професійної реабілітації, працевлаштування й умов праці у звичайному

виробничому середовищі, на спеціалізованих підприємствах і в організаціях, на надомних видах праці. У цій праці було проведено соціологічне дослідження, респондентами якого були експерти-професіонали і сама молодь з інвалідністю з чотирьох регіонів України – Західного, Східного, Південного, м. Києва [69].

Н. Мирошніченко (2008) у науковому дослідженні «Соціально-педагогічні умови інтегрування молоді з функціональними обмеженнями в сучасне середовище» виявила оптимальні соціально-педагогічні умови для інтегрування молоді, розкрила процес інтегрування молоді з інвалідністю, винайшла модель інтегрування, яка передбачає застосування технологій за такими напрямками: соціальне інтегрування: відновлення соціальних функцій молодих осіб з інвалідністю шляхом залучення до групової діяльності, таких як участь у клубній роботі (самодопомоги, спілкування, за інтересами), тренінгах тощо; психологічне інтегрування здійснюється шляхом діагностики психологічних якостей, здібностей та інтересів отримувачів послуг, психокорекційної роботи (мета якої «є формування достатнього рівня самооцінки, емоційної стійкості, удосконалення комунікативних навичок»), «досягання відчуття психологічного комфорту в мікро соціумі, усунення зі свідомості особистості уявлення про безвихідь її становища, формування впевненості в собі та мотивації щодо можливості подолати кризову ситуацію»; фізичне інтегрування – спрямоване на формування компенсаторних можливостей організму молодої особи з інвалідністю для самостійного активного життя та спрямованої фахової роботи з подолання стереотипів в суспільстві щодо інвалідності; педагогічне інтегрування з метою створення соціально-педагогічних умов для розвитку потенціалу молодої особи з інвалідністю шляхом проведення підготовки до життя в суспільстві, професійної і трудової реабілітації [124].

Г. Бурова (2010) у науковому дослідженні «Життєві стратегії студентської молоді з функціональними обмеженнями здоров'я: соціологічні аспекти» досліджувала процес формування життєвих стратегій студентської молоді з інвалідністю. Виявила основні чинники та умови формування життєвих стратегій молоді з інвалідністю, їх взаємозв'язок, а також особливості

домінуючого в українській молоді з інвалідністю ціннісно-раціонального типу у формуванні життєвих стратегій [25]. Ю. Богінська (2013) досліджувала соціально-педагогічну підтримку студентської молоді з інвалідністю у вищих навчальних закладах [23]. У монографії Ю. Швалба та Л. Тищенко (2015) у «Майбутнє і сьогодення студентів з обмеженими можливостями: психологічні аспекти» розглянули соціокультурні та психологічні аспекти інвалідності, проаналізували аспекти соціальної інтеграції молоді з інвалідністю, навели результати теоретико-експериментального дослідження життєвих перспектив студентів з інвалідністю [276]. В колективній монографії «Соціальна інтеграція осіб з інвалідністю в контексті освітньої діяльності ВНЗ» (2018) дослідники М. Півторак, Н. Пасічник, О. Цвид-Гром та ін. проаналізували загальні засади інтеграції молоді з інвалідністю у суспільство (генезу взаємодії суспільства і інвалідності в Україні, інститути соціального захисту держави, особливості соціалізації Інтернет-комунікації, національного і зарубіжного досвіду доступності транспорту) та визначили роль освітнього середовища у процесах інтеграції молоді з інвалідністю (інтегрованого студентського середовища, соціально-педагогічної роботи в умовах інклюзивного освітнього простору з молоддю з інвалідністю, психологічні аспекти безпеки освітнього середовища, підготовки студентів з інвалідністю до вирішення конфліктних ситуацій, психологічні особливості розвитку впевненості у студентів з особливими освітніми потребами) [250].

Щодо сім'ї дитини з інвалідністю, то ризики потрапляння сім'ї до складних життєвих обставин зростають із зростанням кількості дітей з інвалідністю у сім'ї (двоє і більше дітей з інвалідністю). Офіційних розрахунків щодо утримання дитини з інвалідністю ми не знайшли в нормативних документах Мінсоцполітики [235; 242], що ускладнює планування послуг на рівні громади. Багато питань, що стосується реабілітації дітей та молоді з інвалідністю потребують наукових досліджень українських вчених. Це стосується соціалізації підлітків з інвалідністю в Україні, а також соціалізації братів і сестер без інвалідності в сім'ї; загалом подружнього життя сімей, які

мають дітей з інвалідністю; досліджень потребують питання особливостей виховання дітей з інвалідністю в залежності від регіону і місця проживання, культурних і національних особливостей; дослідження особливостей життя сімей, які виховують дітей з мультиінвалідністю та тяжкими формами інвалідності або мають декілька дітей з інвалідністю тощо. За даними *єдиної* Державної доповіді про становище дітей з інвалідністю у 83% батьків при народженні дитини з порушеннями здоров'я та розвитку змінюються життєві плани, у 26% сімей мають фінансову та матеріальну незабезпеченість, 67% батьків зазначили недостатність коштів на забезпечення базових потреб (одяг, харчування, ліки і господарські потреби); 16% – на дозвілля; 14,3% на фінансування додаткового розвитку дитини (гуртки, спорт тощо); 90% сімей вважають своїм обов'язком займатись питаннями реабілітації дитини, активну позицію в реалізації цього питання займають – 60% сімей. Водночас, 62% сімей очікують допомоги від держави [67]. Також в сім'ях з дітьми з інвалідністю, окрім проблем матеріального характеру, викликаних додатковими витратами щодо забезпечення їхніх потреб, пов'язаних з інвалідністю, відмічається значний відсоток випадків розлучень у даних сім'ях, взаємних звинувачень, загострення психологічного клімату в родині, конфліктів, перекладання подружжям обов'язків щодо догляду за дитиною з порушенням здоров'я. Результатом цього може бути відчуження та розпад сім'ї. Здебільшого чоловік залишає родину і вся відповідальність за подальше життя дитини з інвалідністю лягає в основному на її матір. У цьому разі мати або проявляє гіперопіку як наслідок жалості, що здебільшого посилює нездатність дитини до самостійних дій, або ж, навпаки, спостерігається відчужене відношення з її боку та боку інших людей до такої людини. Тобто до ряду проблем, з якими стикається сім'я, у складі якої є дитина з інвалідністю, додається ще виховання у неповній родині. Особливої гостроти набирає проблема дитячої інвалідності для родини, що проживає в сільській місцевості [17, с. 205–208].

Зазначимо, психологічні особливості батьків, які виховують дітей з різною інвалідністю досліджувала Г. Кукуруза (2013) у монографії «Психологічна

модель раннього втручання: допомога сім'ям, що виховують дітей раннього віку з порушенням розвитку», де зазначено, що психологічні механізми захисту батьків не залежать від виду інвалідності дитини і ранжуються: проекція (приписування неусвідомлених і неприємних для себе емоцій, рис характеру, думок іншим людям), регресія, заперечення (виключає інформацію про реальність ситуації, про потреби свої і дитини, наявні порушення дитини, особливо у батьків дітей з високим ступенем порушень), раціоналізація (інтерпретує «безболісно» травматичну ситуацію), реактивні утворення (неусвідомлені неприйнятні бажання та почуття внаслідок чого поведінка особи змінюється на протилежну), компенсація (відновлення порушеної рівноваги психічних і психофізіологічних процесів створенням протилежно спрямованої реакції), заміщення, витіснення (забування, ігнорування). Ці механізми формують поведінку (копінг-стратегію): орієнтованою на завдання, орієнтованою на емоції, орієнтованою на уникнення (найбільший відсоток у батьків дітей з високим ступенем порушень) [110, с. 49–82]. Дане дослідження засвідчує про потребу батьків, які мають дітей з інвалідністю у послугах з підтримки і прийнятті інвалідності дитини на системному рівні. Ці потреби батьків засвідчує більш сучасне соціологічне дослідження «Дослухаючись до голосів батьків» з досвіду отримання послуг для дітей з порушенням розвитку в віці від 0 до 4 років, у тому числі послуги раннього втручання, що проведено Київським міжнародним інститутом соціології за ініціативою Міжнародної громадської організації HealthProm (Лондон), БФ «Інститут раннього втручання» (м. Харків), Національної асамблеї людей з інвалідністю України при підтримці Представництва Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ) у 2017 році [184]. Дослідження проводилось у Харківській і Дніпровських областях. Народження і перші роки життя дитини з порушенням розвитку (інвалідністю) впливає на якість життя родини 40% батьків повідомили про наявність емоційних труднощів, стресу і депресії, рівень депресії в батьків був у 6 разів вищий, ніж середня норма в Україні і у два рази вище, ніж у батьків дітей з

порушенням розвитку (інвалідністю), які брали участь у подібних дослідженнях у країнах Західної Європи і США.

Повсякденні турботи можуть стати джерелом стресу у зв'язку із: необхідністю постійного догляду за дитиною; складної поведінки дитини; складності годування дитини (вибірковість їжі, складність її прийняття, тривалість у часі); відсутність у батьків особистого часу і часу для інших членів сім'ї. Додатковими труднощами є обмеженість мобільності, труднощі комунікації. Стосунки в сім'ї змінюються, батьки вимушені жертвувати потребами і інтересами інших членів дітей у сім'ї, що створює умови для ревнощів, образ інших дітей у сім'ї, позбавляє їх батьківської турботи і уваги, необхідної для розвитку. Також батьки зазначили проблему постійної напруги у шлюбних стосунках. У кожній шостій з досліджуваних сімей дитину з інвалідністю виховував один з батьків. Батьки зазначили необхідну потребу в підтримці від найближчого оточення, однак є сім'ї, в яких дитину з інвалідністю не приймають і звинувачують матір за народження «нездорової» дитини. Відношення соціуму, ризик ізоляції та маргіналізації: батьки зазначили, що перелічені проблемні питання можуть привести до їх ізоляції, відбувається звуження кола спілкування і контактів із зовнішнім світом. Наявність фізичних бар'єрів, недоступне середовище і інфраструктура, бюрократичне відношення, проблеми з транспортом посилюють ризик до ізоляції. Батьки зазначили про важливість інформувати суспільство про життя дітей з порушенням розвитку. Працевлаштування, фінансові й економічні труднощі, 32% батьків, які брали участь у опитуванні повідомили про нестачу фінансів на харчування, тому вони не можуть дозволити собі додаткові витрати на одяг, 55% батьків не працюють, у зв'язку з доглядом за дитиною. Батьки вказали на високі фінансові витрати на медичне лікування і реабілітацію дітей, які є безкоштовними більше декларативно. Чинники, що впливають на психологічний стан батьків зазначено, що серед тих батьків, у дитини якої є труднощі більш ніж у 5 сферах, симптоми депресії мають 64%, ніж у батьків дітей з меншими труднощами в розвитку 25%. Батьки, що самостійно виховують дитину з інвалідністю мають

підвищений рівень депресії – 58%, ніж у батьків, які живуть у повних сім'ях – 36%. Фінансовий стан сім'ї також впливає на психічне здоров'я батьків. 80% батьків мають депресію, що пов'язано з недостатньо кількістю коштів на їжу, у родин з більш високим матеріальним станом депресію мають 37%. Задоволення ефективністю послуги (будь-якої) позитивно впливає на самопочуття батьків. Батьки дітей з генетичними синдромами, які отримували послугу раннього втручання, удвічі менше схильні до синдрому депресії, ніж батьки, які не отримали послугу.

Для батьків, які виховують дітей з інвалідністю науковці створюють методичні посібники. Актуальними є роботи Б. Бейкера, Б. Брайтмана «Шлях до незалежності: навчання дітей з особливостями розвитку побутовим навичкам» [15], Н. Корельська «Особлива сім'я – особлива дитина: книга для батьків» [105]. Різні аспекти життя батьків та сімей, які виховують дітей з інвалідністю досліджували науковці Г. Бурова [25], Н. Грабовенко [48], Т. Заверико М. Лехолетова, Т. Лях [113], І. Макаренко [115], Т. Соловйова [248] та ін. Науковці зазначають, що важливим є те, як сім'я сприймає сам факт інвалідності, як відбувається зміна структури сім'ї, а саме: сімейної взаємодії в її підсистемах (батько-мати, мати-діти, батько-діти, діти-діти тощо), показників згуртованості, способів адаптації та комунікації. Дж. Райкус звертає увагу на створення системи соціально-психологічної допомоги сім'ям груп ризику [227]. За дослідженнями американського вченого М. Селігмана ключовим аспектом змін життєвого циклу є зміни у функціях членів сім'ї, згідно з викликами часу і життєвими обставинами. Переходи від однієї стадії до іншої можуть бути як джерелом стресу, так слугувати ресурсом до змін [238, с. 13–50]. Ці та й інші питання функціонування сімей з дітьми з інвалідністю є предметом фахової діяльності роботи соціальних педагогів: А. Капська у навчально-методичному посібнику «Соціально-педагогічна робота з дітьми та молоддю з функціональними обмеженнями» визначила концептуальний підхід до соціально-педагогічної реабілітації дітей з обмеженнями, принципи і закономірності соціально-педагогічної реабілітації дітей з обмеженнями, зміст

реабілітації дітей з інвалідністю, взаємозв'язок соціального середовища з життєдіяльністю дітей з інвалідністю як шлях у суспільство, визначила аспекти соціально-реабілітаційної роботи з родинами, в яких виховуються діти з інвалідністю, соціокультурну реабілітацію дітей з інвалідністю в сім'ї.

Варто зробити акцент на тому, що вітчизняні науковці Т. Семигіна, О. Столярчик (2019) досліджували якість життя батьків, що виховують дітей з аутизмом і запропонували таку модель: підтримка на індивідуальному рівні, підтримка на сімейному рівні (ресурси, потреби, пріоритети сім'ї), системна підтримка (соціальні цінності, політика, системи, моделі, програми), що посилює нашу позицію про створення єдиної системи у наданні реаб послуг дітей та молоді з інвалідністю [212]. Що підтверджують нашу думку про створення системного підходу допомоги сім'ям, які виховують дітей з інвалідністю.

Таким чином, бар'єри, з якими стикаються діти, молодь з інвалідністю та члени їхніх сімей, потребують багатостороннього міжсекторіального підходу. Соціальна політика щодо дітей та молоді з інвалідністю має бути зорієнтована не виключно на «посилений соціальний захист», а на недосконалість оточуючого середовища, усунення бар'єрів для звичайної життєдіяльності людей з інвалідністю та створення інклюзивного суспільства. Тобто, політика щодо людей з інвалідністю в Україні має *орієнтуватися на необхідність усунення бар'єрів, здійснення активних заходів щодо просування соціальної політики орієнтованої на самостійність осіб з інвалідністю та розвитку інклюзивного суспільства*. Діти з інвалідністю потребують безперервної соціальної реабілітації, як це зазначено в міжнародних документах [212], відповідно до вікових етапів, вирішення питань адаптації і соціалізації, профорієнтації, підготовки до самостійного дорослого життя. Молодь з інвалідністю потребує соціальної реабілітації з питань становлення, самостійного життя, розвитку комунікативних і соціальних навичок, побудові стосунків, знань прав, включення в суспільство. Батьки дітей та молоді з інвалідністю мають потребу в підтримці, отриманні якісної інформації про

інвалідність дитини, її перспективи і послуги у громаді, підтримки власних ресурсів, функціональності і стосунків у сім'ї, нормалізації.

Висновки до розділу 2

На основі аналізу батьківсько-громадських рухів в Україні було встановлено, що за часів незалежності відбулася активізація та поширення громадських ініціатив щодо захисту прав дітей і молоді з інвалідністю та лобювання інтересів щодо створення реабілітаційних послуг. Виявлено, що переважно громадські об'єднання формувалися навколо домінуючої проблеми, якою виступало функціональне порушення дитини, що призвело до інвалідності або вказувало на ризик її набуття. Відповідно такі організації вибирали собі назву згідно нозологій захворювання чи функціонального порушення дитини.

Послуги реалізувалися або засобом обмежених у терміні програм, або через створення осередків, як центрів надання послуг, що як правило, надавалися на потреби місцевого рівня, згідно конкретних та нагальних потреб людей. Діяльність цих організацій сформувала широкий спектр реабілітаційних послуг, зокрема, корекційно-педагогічних, освітніх, психологічних, соціальних, медичних; здійснення фізичної, психологічної, соціальної, трудової реабілітації; налагодження самостійного та підтриманого проживання в громаді. З їх діяльності також посилилась нагальність переходу від медичної до біопсихосоціальної моделі реабілітації в громаді. Аналіз також показав, що за умов демократизації громадсько-батьківський рух може виступати індикатором щодо нагальності запитів громади у реабілітації дітей та молоді з інвалідністю.

Система реабілітації для дітей та молоді з інвалідністю формується на основі нормативно-правових документів: законів та постанов Кабінету Міністрів України, відомчих документів чотирьох міністерств (Міністерства соціальної політики України, Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства освіти та науки України, Міністерства молоді і спорту),

розпорядчих документів на рівні громади та установи. Наразі існуюча в Україні система реабілітації дітей та молоді з інвалідністю характеризується варіативністю інституційних форм надання послуг та напрямків їх роботи, що розподіляється між різними відомствами та має різні форми фінансування (державні, приватні, спонсорські та благодійні). Аналіз класифікаційного підходу щодо закладів реабілітації засвідчив його різноманіття та чисельність закладів державного фінансування, які надають реабілітаційні послуги населенню, у тому числі, і дітям та молоді з інвалідністю. За результатами дослідження здійснено осучаснення систематизації реабілітаційних закладів за; типами згідно Закону України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні», видами реабілітаційних закладів, згідно форм власності, згідно спектру надання реабілітаційних заходів, згідно категорії громадян, згідно режиму реабілітації, згідно режиму роботи, згідно виду інвалідності, за статусом (Н. Беляєвою, В. Шевчук, С. Шевчук, О. Яворовенко (2012)). Вперше встановлено типологію (класифікація) існуючих реабілітаційних закладів осіб з інвалідністю (підпорядкування різних міністерств).

На основі структурно-функціонального аналізу державної системи реабілітації дітей та молоді з інвалідністю у контексті діяльності дев'яти міністерств України виявлено, що питаннями реабілітації дітей та молоді з інвалідністю займаються чотири міністерства: МОН, МОЗ, Мінсоцполітики, ММС. Встановлено відсутність узгодженості у діяльності різних міністерств щодо реабілітаційних заходів: кожне відомство опирається на свій підхід в завданнях реабілітації, створює відповідні структури для виконання цих завдань, розробляє власні стандарти.

Встановлено, що у період незалежності України розвиток центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю проходив у чотири етапи, а саме: 1) пострадянського спадку – 1991 рік, 2) варіативного розвитку (державні та громадські ініціативи) – 1991–1999 рр., 3) нормування соціальних практик щодо реабілітації дітей та молоді з інвалідністю – 2000–2006 рр. 4) розбудови центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю як служб надання якісних та

доступних послуг в умовах децентралізованого державного управління – з 2007 року – по даний час. Отримана у спадок система реабілітації для дітей та молоді з інвалідністю базувалась на визначенні нозологій порушень та ступеня недієздатності, що втілювалась в ізоляційних формах інтернатного утримання різного профілю. Послаблення тоталітарного режиму в країні зумовило активізацію громадських рухів батьків дітей з інвалідністю та розбудову нової системи реабілітаційних послуг згідно потреб та запитів самих користувачів. Розпочатий третій етап інституціалізації в 2000 році відзначився спробою урегулювання громадських ініціатив щодо надання реабілітаційних послуг для дітей та молоді з інвалідністю із пролонгованою радянською системою ізоляційного догляду. Розпочаті в 2007 році реформи в Україні ініціювали 4 етап – реформування, що покликаний переглянути існуючу систему розвитку центрів реабілітації для дітей та молоді з інвалідністю на основі ствердження системи соціального замовлення.

Чисельні нормативні документи та програми загальнодержавного та локального рівнів з питань підтримки осіб з інвалідністю (у тому числі дітей та молоді) засвідчують зацікавленість держави у процесах соціальної інтеграції осіб з інвалідністю, посилення реабілітаційних послуг, адаптації середовища на предмет його доступності тощо. Натомість проведений аналіз ситуації в Україні показав, що, незалежно від загального зниження кількості дитячого населення, збільшується кількість дітей з інвалідністю і відповідно – запит на реабілітаційні послуги. При цьому встановлено відсутність у системі соціального захисту передбаченого забезпечення утримання дитини з інвалідністю в сім'ї, що ускладнює планування послуг на рівні громади та реабілітаційних послуг в умовах проживання в родині.

Встановлено, що питання реабілітації дітей та молоді з інвалідністю стосуються як родини особи з інвалідністю, так і розвитку і соціалізації самої дитини з інвалідністю, незбалансованість яких може посилювати ризики виключення із суспільства та ізоляції. Описано чисельні ризики розвитку у батьків дитини з інвалідністю, а саме: відчуття *емоційних труднощів, стресу і*

депресії у батьків, зростання повсякденних турбот, пов'язаних із необхідністю постійного догляду за дитиною; відсутність у батьків особистого часу і часу для інших членів сім'ї; обмеженість мобільності, труднощі комунікації; а також зміну стосунків у сім'ї – принесення у жертву потреб і інтересів інших членів дітей в сім'ї та проблема постійної напруги в шлюбних стосунках; ризик ізоляції та маргіналізації – нерозуміння з боку оточення, звинувачення, відсутність підтримки; працевлаштування, фінансові й економічні труднощі – нестача фінансів на харчування та необхідні реабілітаційні засоби, неможливість працевлаштування з причини нагальності постійного догляду тощо, а також вторинні наслідки щодо способу поведінки у суспільстві та стилю життя. Щодо розвитку самої дитини з інвалідністю набувають значення такі чинники, як: раннє виявлення ризику інвалідизації, доступність та своєчасність отримання реабілітаційних програм, наявність фізичних бар'єрів, недоступне середовище і інфраструктура, просилені ризики ізоляції (соціальної, освітньої, культурної тощо), вторинні наслідки, наразі формування ціннісно-раціонального типу поведінки, несамостійність, споживацтво, відсутність навичок самостійного життя. До ряду проблем, з якими стикається сім'я, у складі якої є дитина з інвалідністю, додається ще виховання у неповній родині. Особливої гостроти набирає проблема дитячої інвалідності для родини, що проживає в сільській місцевості.

Доведено, що реабілітаційні послуги дітям та молоді з інвалідністю мають надаватись в умовах їх сімейного проживання в умовах громади. Батьки дітей з генетичними синдромами, які отримували послугу раннього втручання, в два рази менше схильні синдромам депресії, ніж батьки, які не отримали дану послугу, що посилює значення організації надання професійних послуг в умовах центру реабілітації дітей та молодів з інвалідністю на рівні всіх трьох видів профілактики (первинної, вторинної та третинної).

Результати вивчення окресленої проблеми опубліковано в таких публікаціях автора: [155; 158; 166; 292].

РОЗДІЛ 3.

ЦЕНТР ЯК ФОРМА НАДАННЯ ЯКІСНИХ ПОСЛУГ ДІТЯМ ТА МОЛОДІ З ІНВАЛІДНІСТЮ (на прикладі міста Києва)

3.1. Змістово-організаційні аспекти розвитку центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю

Третій розділ спрямований на реалізацію третього та четвертого завдання дослідження, що було здійснено на прикладі однієї територіальної одиниці, наразі, громади м. Києва. Для його розкриття нами були поставлені наступні підзавдання, а саме:

1. визначити кількісні та якісні організаційно-структурні зміни в діяльності центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю за період незалежної України в одній територіальній одиниці (на прикладі громади м. Києва);

2. виділити та описати діючі практики надання реабілітаційних послуг для дітей та молоді з інвалідністю в одній територіальній одиниці (на прикладі громади м. Києва);

3. визначити критерії оцінки розвитку центрів реабілітації для дітей та молоді з інвалідністю та перспективні напрямів.

Для розв'язань поставлених нами завдань використано комплекс аналітичних методів, для визначення змістово-організаційної діяльності центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю, визначення перспектив їх розвитку у системі надання соціальних послуг в Україні.

Джерельну базу дослідження складали як опубліковані раніше, так і не введені в науковий обіг джерела:

1. *нормативно-правові акти*, що регулюють систему реабілітації дітей та молоді з інвалідністю в досліджуваний період, зокрема нормативні документи Міністерства освіти і науки України, Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства соціальної політики України, реорганізованого Міністерства у справах сім'ї, молоді та спорту України;

2. *архівні документи*: архівні фонди Київського міського центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, громадських організацій;

3. *нарративні джерела*: публікації на сторінках педагогічної преси в досліджуваний період, монографії, що представляють історичні дослідження різного часу видання, статистичні звіти, сайти організацій і установ.

Проведений аналіз показав, що за часів незалежності в місті Києві сформувались 58 організацій, у структурі яких є центри (програми) реабілітації дітей та молоді з інвалідністю. Робота цих центрів сфокусована згідно з визначеними державними документами напрямами реабілітації, а саме: медичної (реабілітація у сфері охорони здоров'я), соціальної, психолого-педагогічної, професійної, трудової, та фізкультурно-спортивної. Відповідно до аналізу нормативно-правової документації центрів і організацій ми розподілили їх відповідно до типу реабілітаційних закладів згідно із ЗУ «Про реабілітацію осіб з інвалідністю». Коротко їх опишемо:

- *медична реабілітація (реабілітація у сфері охорони здоров'я)* представлена у трьох закладах (відділень): Український медичний центр реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи Міністерства охорони здоров'я України, з 1996 р. (до 18 років, МОЗ); Міський медичний центр проблем слуху та мовлення «Суваг», з 1996 р. (департамент охорони здоров'я Виконавчого органу Київської міської ради КМДА); Консультативно-лікувальний центр патології мовлення при Київському міському психоневрологічному диспансері № 5 (департамент охорони здоров'я Виконавчого органу Київської міської ради КМДА). Мета послуг: досягнення та підтримання оптимального рівня функціонування осіб з обмеженням повсякденного функціонування в її середовищі [8]. Заклади впроваджують у практику сучасні методики діагностики, лікування і реабілітації, навчають батьків. Український медичний центр забезпечує систему медико-соціальної реабілітації, бере участь у формуванні програми прикладної програми соціальної реабілітації (визначення конкретних форм і видів соціальної допомоги і послуг) з метою адаптації дитини до соціального середовища;

медико-соціальна реабілітація здійснюється мультидисциплінарною командою спеціалістів за моделлю «Тандем – партнерство», «дитина – сім'я – фахівець», таким чином центри медичної реабілітації за своїм змістом мають розширений спектр реабілітаційних послуг. Особливість: послуги центрів медичної реабілітації надаються терміном до 4 тижнів для дітей до 18 років; центри, які функціонують у досліджуваний період, розраховані на певні види інвалідності за медичними показниками;

- *медико-соціальна реабілітація* представлена з 14 закладів (відділень): спеціалізованого закладу медико-соціальної реабілітації для надання допомоги дітям-сиротам, які залишились без піклування батьків, з органічними ушкодженнями центральної нервової системи та пошкодженнями психіки, з 2000 р. (раніше Київський міський будинок дитини імені М. Городецького департаменту охорони здоров'я Виконавчого органу Київської міської ради КМДА); 10 відділень соціально-медичної реабілітації для дітей з ДЦП, розумово-відсталих дітей та дітей з ураженням ЦНС, порушенням психіки при районних територіальних центрах соціального обслуговування населення м. Києва (денний догляд до 18 років, департамент соціальної політики Виконавчого органу Київської міської ради КМДА); психіатричне відділення медико-соціальної реабілітації дітей з порушенням психічного розвитку та вадами мовлення № 13 ТМО «Психіатрія» у м. Києві, (2-6 років, департамент охорони здоров'я Виконавчого органу Київської міської ради КМДА); відділення № 6 «Центр медико-соціальної реабілітації» ТМО «Психіатрія» у м. Києві (від 18 років, департамент охорони здоров'я Виконавчого органу КМДА); громадська організація «Центр реабілітації інвалідів-спинальників «Відродження-АРЦ». Мета послуг: здійснення системи лікувальних заходів, активізації компенсаторних можливостей організму, профілактику ускладнень та рецидивів захворювання в поєднанні з системою заходів спрямованих на повернення особи до активної участі в житті, відновленні її соціального статусу та здатності до самостійності.

- *соціальна реабілітація* представлена шести організаціями: комунальна реабілітаційна установа «Київський міський центр незрячих», комунальна соціальна установа «Київський міський комплекс соціальної адаптації осіб з інтелектуальною інвалідністю», Київський міський центр реабілітації дітей з інвалідністю (департамент соціальної політики виконавчого органу Київської міської ради (КМДА)), програма «Абілітація в будинку транзитного перебування» Благодійного товариства допомоги особам з інвалідністю внаслідок інтелектуальних порушень «Джерела», Народний театр «Паростки» громадської організації «Спілка матерів дітей та дорослих осіб з інвалідністю внаслідок інтелектуальних та фізичних порушень м. Києва «Сонячний промінь», «Центр соціальної реабілітації для дітей з комплексними порушеннями» ГО «Родина», ГО «Іпотерапевтичний центр «Спірит». Мета послуг: здійснення заходів соціальної реабілітації (соціально-середовищної і соціально-побутової адаптації, яка орієнтована на активне життя в суспільстві, формування навичок самообслуговування і поновлення соціального статусу). Особливість: центри мають різнопрофільний характер, здійснюють діяльність з певними видами інвалідності і віком реабілітантів; є центри, які здійснюють денний догляд дітей з інвалідністю; є центри, які здійснюють реабілітаційні заходи курсами;

- *психолого-педагогічна реабілітація* представлена з 21 організацій: 5 Центрів соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями Дарницького, Деснянського, Оболонського, Подільського, Солом'янського районів м. Києва (департамент соціальної політики виконавчого органу Київської міської ради КМДА, Київський міський центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді), 2 навчально-реабілітаційних центрів (департамент освіти та науки виконавчого органу Київської міської ради (КМДА)), 10 інклюзивно-ресурсних центрів (департамент освіти та науки виконавчого органу Київської міської ради (КМДА)), «Центр раннього розвитку» Всеукраїнської благодійної організації «Даун синдром», Дитячий центр громадської організації «Відчуй», «Ком'юніті-клуб» громадської

організації «Психічне здоров'я: об'єднатись, підтримати, допомогти», Реабілітаційний центр «УТОС» (громадські організації). Мета послуг: система психологічних і педагогічних заходів, які орієнтовані на формування способів оволодіння знаннями, уміннями і навичками, надання психологічної допомоги, адаптації, соціалізації і включення в суспільство. Особливості: об'єктами реабілітації є батьки дітей з інвалідністю, формою реабілітації є реабілітаційні програми, які здійснюють громадські організації;

- *професійна реабілітація* представлена з однієї організації: Київський міський центр соціальної, професійної та трудової реабілітації інвалідів (Департамент соціальної політики виконавчого органу Київської міської ради (КМДА)). Мета послуг: здійснення системи заходів, спрямованих на підготовку особи до професійної діяльності, відновлення чи здобуття професійної працездатності з можливим працевлаштуванням. Особливості: центр працює з особами від 18 років з представниками всіх видів інвалідності;

- *трудова реабілітація* представлена трьома організаціями: Центр трудової реабілітації для осіб з інтелектуальною інвалідністю м. Києва, два відділення в Голосіївському, Оболонському районах (Департамент соціальної виконавчого органу Київської міської ради (КМДА)). Мета послуг: здійснення системи заходів з урахуванням схильностей, фізичних і розумових можливостей особи і спрямованою на оволодіння трудовими навичками. Особливості: центри розраховані на молодь з інтелектуальною інвалідністю;

- *фізкультурно-спортивна реабілітація* представлена з семи організацій: Київський міський центр з фізичної культури і спорту інвалідів «Інваспорт»; позашкільний навчальний заклад «Дитячо-юнацька спортивна школа для осіб з інвалідністю з ігрових видів спорту «Метеор», позашкільний навчальний заклад "Дитячо-юнацька спортивна школа для осіб з інвалідністю «Шанс», Комплексна дитячо-юнацька спортивна школа осіб з інвалідністю «Прометей» (департаменту молоді та спорту виконавчого органу Київської міської ради (КМДА)), ГО «Спортивно-танцювальний клуб «Березіль», ГО «Київська міська федерація фізкультури і спорту глухих», ГО «Спеціальна

Олімпіада України» (для осіб з інтелектуальною інвалідністю). Мета послуг: здійснення заходів з фізичної культури і спорту, спрямованих на відновлення і компенсацію функціональних можливостей організму, покращення фізичного і психологічного стану. Особливості: центри (школи, клуби), види спорту та реабілітаційні табори розраховані на певні вікові межі і види інвалідності;

- центри *змішаного типу* представлена чотирма організаціями: Центр медико-соціальної та трудової реабілітації психічно хворих № 2, відділення медико-соціальної та трудової реабілітації психічно хворих Київського психоневрологічного диспансеру № 4 (департаменту охорони здоров'я виконавчого органу Київської міської ради (КМДА)); «Центр для соціалізації, інклюзивна арт-студія» ГО «Бачити серцем»; Науково-практичний медико-реабілітаційний центр Інституту соціальних технологій Відкритого міжнародного університету розвитку людини «Україна». Мета послуг: здійснення комплексу реабілітаційних заходів. Особливості: послуги надаються особам певних видів інвалідності, статусу (наприклад, студентам) у вікових обмеженнях.

Проведений нами аналіз показав наявність різноманітного спектру державних і комунальних закладів, центрів, програм створених громадськими організаціями в м. Києві, які орієнтовані на різні вікові і нозологічні групи інвалідності з різним видами абілітаційних та реабілітаційних послуг, різним відомчим підпорядкуванням чи різними формами власності, які сприяють процесам соціалізації, адаптації та включення в суспільство дітей та молодих осіб з інвалідністю (Додаток II). Як правило, такий різноманітний спектр вважається розпорошенням реабілітації і ускладнює отримувачу реабілітаційних послуг зрозуміти систему, але різноманіття видів реабілітації в місті створює засади для створення реабілітації на рівні громади, де представлений великий спектр можливостей у різних галузях, таких як: здоров'я, освіта, самозабезпечення, соціальні питання, розширення прав і можливостей. У відповідності до розвитку реабілітації на рівні громади варто віднести навчальні заклади Департаменту культури Виконавчого органу

Київради (КМДА), які з 2019 року впроваджують інклюзивне навчання в дитячих музичних і художніх школах, школах мистецтв; позашкільні навчальні заклади, Київський палац дітей і юнацтва Департаменту освіти та науки Виконавчого органу Київради (КМДА), які також впроваджують інклюзивне навчання; центри паліативної допомоги дітям з виїзними мультидисциплінарними командами, 24 відділення відновлювального лікування та 26 кабінетів відновлювального лікування Департаменту охорони здоров'я Виконавчого органу Київради (КМДА), які надають комплекс послуг з медичного супроводу і реабілітації; два будинки-інтернати для хлопців і дівчат з молодіжними відділеннями Департаменту соціальної політики виконавчого органу Київради (КМДА).

Розглянуті вище центри реабілітації і організації, які реалізують реабілітаційні заходи ми проаналізували відповідно до критеріїв: охоплюють громаду м. Києва, працюють протягом досліджуваного періоду, мають статус центрів реабілітації, орієнтовані на надання послуг дітям та молоді з інвалідністю, здійснюють заходи соціальної та психолого-педагогічної реабілітації, у штатному розписі є соціальні педагоги. Таким чином, зосередимо своє дослідження на розвитку центрів соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями м. Києва.

Аналіз показав, що діяльність цих центрів була започаткована на рівні виконання окремих завдань з поступовим оформленням самостійної структури (1995–2000) (табл. 3.1.). Причиною для створення центрів реабілітації слугували такі чинники: нормативна-правова база згідно із ЗУ «Про сприяння соціального становлення та розвитку молоді», де зазначалося, що в новостворених соціальних службах для молоді (1992) поставлено завдання: забезпечення соціальної опіки молоді з інвалідністю, їхнє становлення і розвиток; створення соціально-реабілітаційних центрів. Таким чином, держава брала зобов'язання підтримувати молодь з інвалідністю, яка проживає в сім'ях і громадах. Другим важливим чинником був попит сімей, які залишали дітей з

інвалідністю в сім'ях, всупереч розгалуженій мережі інтернатних закладів і потребували допомоги у вихованні і соціалізації своїх дітей.

Створенню цих центрів слугував досвід першої ініціативи (1993) націленої на залучення дітей та молоді з інвалідністю до активного самостійного життя, підтримки розвитку їхнього творчого потенціалу був Київський міський фестиваль творчості дітей з інвалідністю «Повір у себе», організований Спілкою дитячих та юнацьких організацій м. Києва «СПОК» за підтримки Управління у справах молоді м. Києва. З 1995 р. співорганізатором фестивалю став ССМ КМДА, як результат при соціальній службі почали розроблятися і впроваджуватися соціальні програми волонтерського напрямку і розвитку творчості молоді з інвалідністю: Юнацька волонтерська служба «Разом заради розвитку», видання журналу молодих інвалідів «Джин», організація добровільної допомоги на дому молодим інвалідам «Книжки для дітей-інвалідів». З 1995 по 2000 рр. формувалась мережа районних соціальних служб для молоді, яким делегувалась реалізація в районах апробованих міською службою програм з питань інтеграції дітей та молоді з інвалідністю. Таким чином кількість залучених дітей та молоді збільшувалось.

У 1997 р. за ініціативи «Міської громадської організації допомоги та сприяння дітям-інвалідам з дитинства «Церебрал» та фінансової підтримки Дитячого фонду «ЮНІСЕФ» в Україні у співпраці з Соціальною службою для молоді м. Києва КМДА впроваджено соціальну програму «Робота соціально-реабілітаційних центрів для дітей та молоді з функціональними обмеженнями «Ігротеки для дітей-інвалідів». Метою програми було подолання соціальної ізоляції дітей з інвалідністю, які виховувались у сім'ях, організації їхнього спілкування та змістовного дозвілля, відпочинку для батьків, було відкрито шість ігротек при районних соціальних службах для молоді (Жовтневого, Мінського, Подільського, Харківського, Шевченківського районах міста) та при товаристві «Церебрал». Для цієї програми була потреба в окремих приміщеннях, команди спеціалістів і волонтерів.

Спеціалісти потребували підготовки і координації роботи. На виконання цих завдань Соціальною службою для молоді КМДА в 1997 році був створений окремий відділ: соціальної опіки дітей та молоді з функціональними обмеженнями, який почав проводити організаційно-методичні наради і навчання за напрямком роботи для районних у м. Києві. Виокремлений напрямок соціальної роботи в мережі соціальних служб для молоді здійснював заходи з соціальної адаптації та інтеграції в суспільство молоді з інвалідністю, сиріт, дітей з сімей у кризі; надання консультативної соціально-педагогічної допомоги дітям та молоді; залучення дітей та молоді до соціально значущої волонтерської діяльності; висвітлення в засобах масової про хід реалізації програм напрямку; співпраця з державними установами та недержавними, громадськими організаціями; вивчення вітчизняного та зарубіжного досвіду соціальної роботи з дітьми зазначеної категорії та впровадження нових форм роботи [157]. Результат проведеної роботи був презентований у 1999 році у приміщенні Київської міської державної адміністрації під час проведення міського круглого столу «Соціальна адаптація та інтеграція в суспільство молоді з функціональними обмеженнями», в якому взяли участь представники державних і громадських організацій, ЗМІ для людей з інвалідністю, викладачі вузів міста.

Здійснювалась співпраця з громадськими батьківськими організаціями, які активно створювались у місті. ССМ КМДА з 1997 р. здійснювали фінансову підтримку проектів громадських організацій міста «Церебрал», «Джерела», «Школа життя» та ін. На базі цих організацій реалізовувались важливі заходи з соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з інвалідністю, відпрацьовувались новітні напрями підтримки сімей, які виховують дітей та молодь з інвалідністю (Додаток Р). На базі цих організації спеціалісти мережі проходили стажування.

Таблиця 3.1.

Динаміка становлення центрів соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями м. Києва

Рік	1993	1997-2002	2002-2007	2007-2020
Форма реалізації	Фестиваль творчості дітей-інвалідів «Повір у себе»	Програма «Ігротеки для дітей-інвалідів» та інші	Спеціалізована служба «Соціально-реабілітаційний центр для дітей та молоді з функціональними обмеженнями»	Самостійний заклад Центр соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями
Орган управління	Управління у справах молоді, ССМ (ГО СПОК)	Соціальні служби для молоді	Центри соціальних служб для молоді (з 2005) Центри соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді)	Центри соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді
Завдання	Співпраця і реалізація програм	Реалізація програм	Координація роботи спеціалізованого формування і надання послуг, організаційно-методичне забезпечення діяльності спеціалізованої соціальної служби; надання послуг	Організаційно-правове, методичне і інформаційне забезпечення діяльності установ; надання послуг
Нормативні документи	Розпорядження КМДА	Накази соціальної служби для молоді	Розпорядження від 19.02.2001 року № 273 «Про створення спеціалізованої соціальної служби для молоді “Соціально-реабілітаційні центри для дітей та молоді з функціональними обмеженнями»; Наказ Державного комітету України у справах сім'ї та молоді від 09.04.2002 № 345/6633 «Про затвердження Типового положення про спеціалізовані служби центрів соціальних служб для молоді»	Постанова Кабінету Міністрів України від 08.09.2005 № 877 «Про затвердження Типового положення про центр соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями»

Джерело: розроблено автором

Здобутками першого етапу варіативного розвитку центрів реабілітації дітей і молоді з інвалідністю в м. Києві було: започаткування соціальних програм інтеграції дітей та молоді з інвалідністю; розбудовування вертикальної взаємодії в мережі соціальних служб та виокремлення окремого напрямку соціальної роботи: соціальної опіки дітей та молоді з функціональними обмеженнями; розвиток напрямку соціальної роботи з підтримки сімей, в яких виховувались діти та молодь з інвалідністю; розвиток молодіжних волонтерських програм і проведення інтеграційних дитячих та молодіжних заходів; співпраця з громадськими організаціями: молодіжними і новоствореними батьками дітей з інвалідністю; фінансування проектів трьох громадських організацій батьків дітей з інвалідністю.

У 2001 р. за ініціативи міської соціальної служби було затверджено Розпорядження Київської міської державної адміністрації № 273 від 19.02.2001 р. про створення спеціалізованої соціальної служби для молоді «Соціально-реабілітаційні центри для дітей та молоді з функціональними обмеженнями». Завданням центрів було реалізація соціальних програм реабілітації та розвитку дітей та молоді з функціональними обмеженнями. У кожному районі міста стали відкриватись спеціалізовані формування. Формується система надання соціальних і реабілітаційних послуг для дітей та молоді з функціональними обмеженнями в мережі ССМ і партнерських громадських організацій, що представлено у структурі взаємодії функціонального напрямку мережі ЦССМ (рис.3.1.). У кожного центра були свої окремі приміщення і штат спеціалістів. Саме в цей час мережею соціальних служб була розроблена «Комплексна програма залучення молоді до активної соціальної дії, підтримки волонтерського руху, розвитку мережі соціальних послуг для молоді «Молодь за майбутнє Києва» на 2001 – 2005 роки», в якій виокремився розділ (III.) присвячений інтеграції молоді з інвалідністю: «Залучення молодіжної громади міста до реалізації програм соціальної адаптації та інтеграції в соціум дітей та молоді з особливими потребами, зокрема дітей-інвалідів, сиріт, дітей з неповних та малозабезпечених родин –

«Разом заради розвитку». Саме ці програми стали реалізовуватись комплексно в новостворених спеціалізованих соціальних службах. На цьому етапі розвитку центрів реабілітації супроводжується змінами положення, назви та завдань соціальної служби для молоді: у 2001 р. перейменовано в Київський міський центр соціальних служб для молоді, у 2005 р. – Київський міський центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді. Організаційному становленню виокремлених спеціалізованих підрозділів слугувала координаційна, організаційно-методична робота, яку проводив Міський центр соціальних служб для молоді районних центрів соціальних для служб молоді та спеціалізованих формувань «Соціально-реабілітаційні центри для дітей та молоді з функціональними обмеженнями»: проводить організаційно-методичні та навчальні заходи для спеціалістів; розробляє та видає методичні рекомендації стосовно проблем соціальної реабілітації, адаптації та інтеграції осіб з інвалідністю в суспільство; здійснює підтримку і партнерську взаємодію з громадськими організаціями і проводить міські соціокультурні заходи, акції для дітей та молоді з інвалідністю.

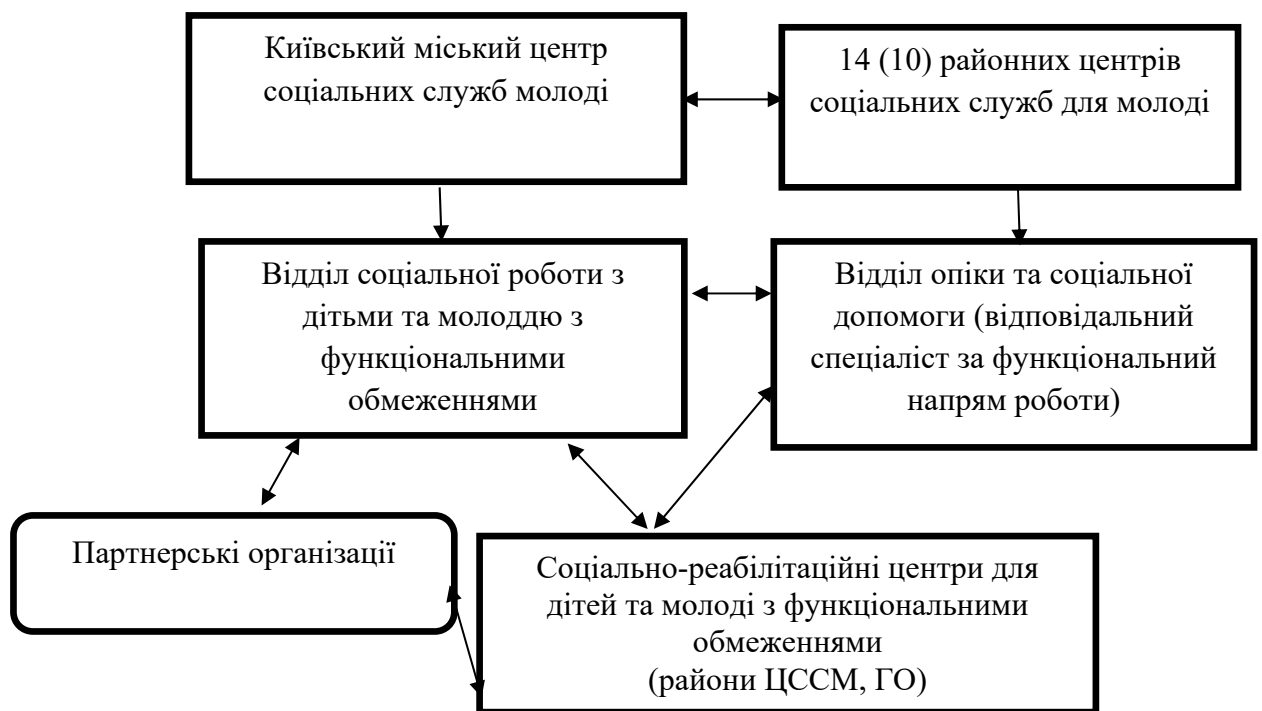


Рис. 3.1. Структура взаємодії функціонального напрямку соціальної роботи з дітьми та молоддю з інвалідністю мережі ЦССМ м. Києва в 2000–2004 рр.
Джерело: розроблено автором

Структуру взаємодії функціонального напрямку соціальної роботи з дітьми та молоддю з інвалідністю мережі ЦССМ м. Києва в 2000–2004 рр. можна побачити на рис. 3.1. Відбувається виокремлення завдань районних ЦССМ (надання соціально-педагогічних, психологічних, юридичних, інформаційних послуг дітям та молоді з інвалідністю та їхнім сім'ям, їхня соціалізація та інтеграція в суспільство, організація літнього інтегрованого оздоровлення, координація роботи спеціалізованої соціальної служби) і завдань спеціалізованих служб. Завданнями діяльності центрів реабілітації в зазначений період було здійснення комплексу реабілітаційних заходів (консультативно-інформаційних, соціально-психологічних, соціально-педагогічних послуг) щодо набуття чи відновлення соціальних функцій, підвищення самостійності дитини, стимуляція розвитку дитини та попередження вторинних порушень у дітей та молоді з функціональними обмеженнями; соціально-педагогічна підтримка сімей, які виховують дитину чи молоду людину з функціональними обмеженнями. З 2000 р. центри створювались як спеціалізовані соціальні служби при районних центрах соціальних служб для молоді та партнерських громадських організаціях: 2000 р. – 8, 2001 р. – 11, 2002 р. – 10, 2003 р. – 16, 2004 – 12, 2005 р. – 13, 2006 р. – 12 [8]. Серед громадських організацій це – «Березіль», «Виноградар», «Джерела», «Школа життя», «ЦСРДЮТ».

Перевагою роботи спеціалізованих формувань було те, що вони створювались у всіх районах і були наближеними до місця проживання дитини і сім'ї. Недоліком було те, що залучені спеціалісти працювали за цивільно-трудовими договорами (наказ Держкомітету України у справах сім'ї та молоді № 709 від 4.10.2002 р.), як результат не мали соціального пакету (лікарняних, відпустки), постійного місця роботи і це впливало на плинність кадрів. На рівні району структура роботи соціально-реабілітаційного центру виглядала таким чином (рис. 3.2.). Збільшення фахівців і їхня міждисциплінарність надали можливість збільшити спектр послуг соціально-реабілітаційних центрів для дітей та молоді з функціональними обмеженнями.

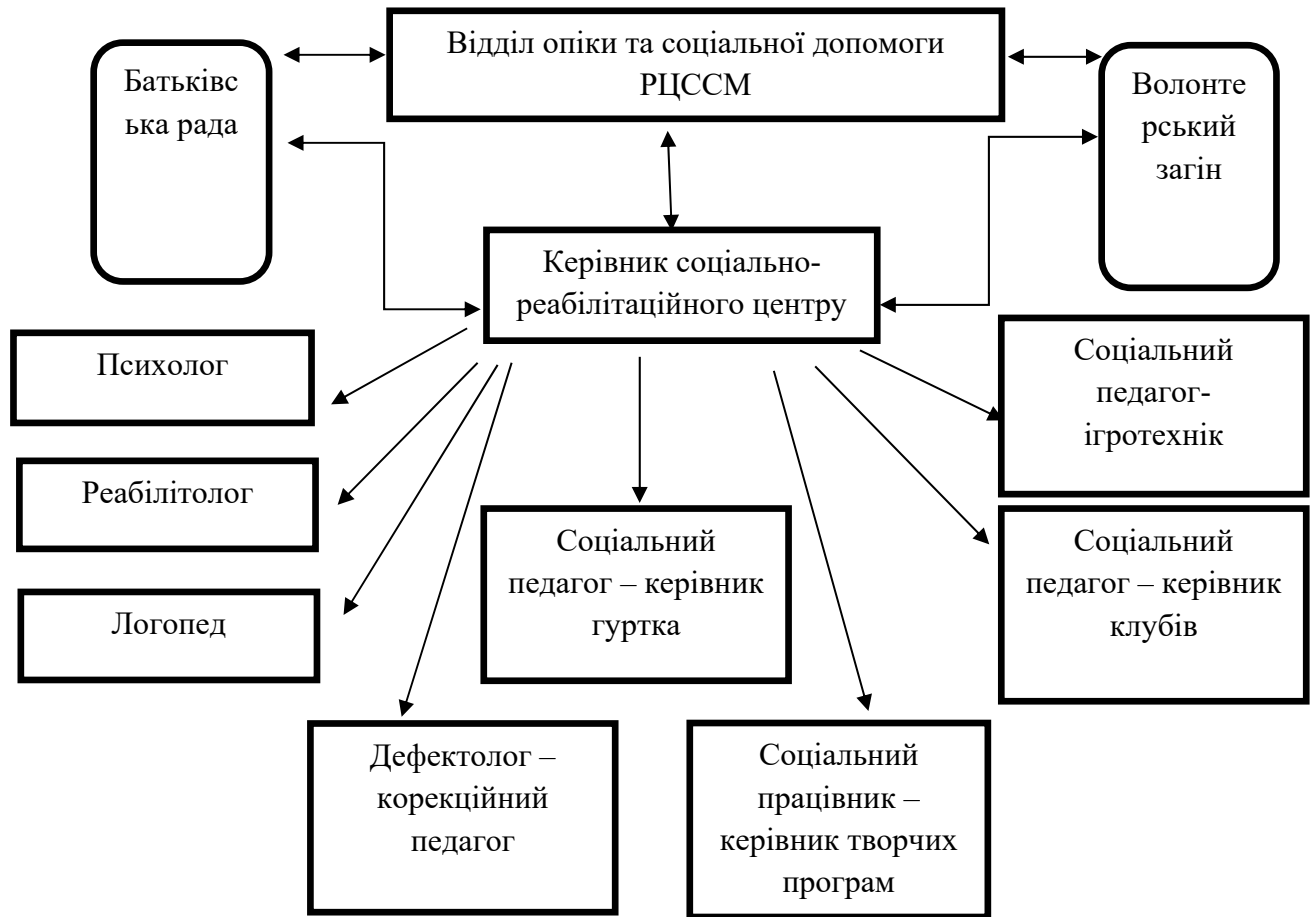


Рис.3.2. Схема діяльності соціально-реабілітаційного центру мережі ЦССМ м. Києва 2000–2004 рр.
Джерело: [180, с.16]

Отримувачами послуг центрів стали діти та молодь з інвалідністю з 2 до 28 років. За видами інвалідності на першому місці серед звернень були діти та молодь з порушенням інтелектуального розвитку – 35,4%, на другому місці діти та молодь з хронічними соматичними захворюваннями – 28,9%, на третьому місці діти та молодь з порушенням функцій опорно-рухового апарату – 16,3%, з комплексними порушеннями психофізичного розвитку – 9,4%, психоневрологічними порушеннями – 4,3%, з порушенням слуху/мови – 1,7%, з порушенням зору – 1,1% , інше – 2,9%. Статистичні дані підкреслювали, що найбільшої підтримки потребували особи з інтелектуальною інвалідністю, хронічними захворюваннями, порушенням опорно-рухового апарату. У загальноосвітній школі навчались 9,8% відвідувачів, у школі-інтернаті – 7,5%, надомне навчання – 17%, не навчались (шкільний вік) – 23,7%, інше (студенти, випускники інтернатів) – 42% [8]. Високий відсоток отримувачів послуг не

відвідували навчальні заклади. Саме ці явища виявили розділення у співпраці з «Міською громадською організацією допомоги та сприяння дітям-інвалідам з дитинства «Церебрал», які вважали, що центри мають відвідувати лише діти з дитячим церебральним паралічем. Це розділення сприяло відкриттю при територіальних центрах (за ініціативи громадської організації «Церебрал») відділень денного догляду, які з часом розширили за вимогами батьків дітей інших категорій і мають назву «відділення соціально-медичної реабілітації для дітей з ДЦП, розумово-відсталих дітей та дітей з ураженням ЦНС, порушенням психіки при районних територіальних центрах соціального обслуговування населення м. Києва».

У процесі реалізації соціальних програм, спеціалісти виявляли актуальні проблеми сімей, які виховують дітей з інвалідністю, поглиблювали своє розуміння проблем інвалідності. Однією із таких проблем – це питання мобільності і безбар'єрного пересування містом, доступу до місць громадського користування, відвідування центрів реабілітації. Саме тому в 2001 році Київським міським центром ССМ було проведено соціальну акцію «Світ з мого вікна», в якому брали участь діти, які користуються кріслом-колісним. Була організована виставка фотографій, зроблених дітьми про своє життя. За допомогою цих фотографій було актуалізовано питання соціальної ізоляції маломобільних дітей. Виставка рік пересувалась і проводилась у КМДА, на вул. Хрещатик, у міському управлінні архітектури і будівництва КМДА. Спільно з громадськими організаціями осіб з інвалідністю було проведено круглий стіл на тему безбар'єрності Києва. З 2001 р. громадська організація «Відродження-АРС» (осіб з травмами хребта) проводила щорічну акцію «Дивись на мене як на рівного», яку підтримували спеціалісти і волонтери центрів, брали активну участь в її організації і проведенні. У 2004 році за ініціативи Дарницького району КМЦССМ започаткована соціальна акція «Місто, де зручно всім», за допомогою якої спеціалісти центрів, волонтери та активна молодь з інвалідністю демонстрували і показували суспільству важливість створення доступного середовища громадського простору.

Протягом декількох років волонтери робили аудити доступності і результати надавались до органів виконавчої влади. Спеціалісти центрів залучали молодь з інвалідністю до навчань з питань створення безбар'єрного середовища, яку проводила ВГО «Національна асамблея осіб з інвалідністю України». У 2006 р. був проведений «Ходотон осіб з функціональними обмеженнями» на вул. Хрещатик з прес-конференцією у прес-агентстві «ІНТЕРФАКС», з метою привернення уваги громади міста до створення умов вільного доступу осіб з інвалідністю до об'єктів житлового і громадського призначення, який рік готували 7 громадських організацій (Благодійний фонд «Музика дітям», «Відродження-АРС», «Спеціальна олімпіада в Україні», «Церебрал», БТ «Джерела», «Фонд АІК», Федерація інвалідного спорту) під керівництвом і організацією КМЦССМ. До Ходотону було залучено 21 громадську організацію міста, студентів ВМУРОЛ «Україна», 19 ЗМІ, за реєстрацією в Ходотоні взяла участь 631 особа [4]. Центри соціальних служб були залучені до розробки міської програми «Про затвердження плану заходів щодо створення безперешкодного життєвого середовища для осіб з обмеженими фізичними можливостями та інших мало мобільних груп населення на 2010-2015 роки в м. Києві» від 02.02.2010 № 40, стали учасниками Міського комітету доступності, мета якого була вирішувати питання бар'єрності міста. За підтримки Державної соціальної служби для сім'ї, дітей та молоді в 2010 р. акція стала всеукраїнською. Таким чином, взаємодія центрів реабілітації, як спеціалізованих формувань, з соціальними службами, надала можливість актуалізувати та вирішувати соціальну проблему архітектурної бар'єрності дітей та молоді з інвалідністю на міському рівні, інформувати суспільство, керівництво міста, залучаючи державний і громадський сектор. Залучаючи молодь з інвалідністю до вирішення актуальних питань.

Виокремився напрям роботи з батьками та громадськими організаціями батьків дітей з інвалідністю. У центрах реабілітації для батьків надавались інформаційні, психологічні, правові консультації; проводились клуби спілкування; дозвілєві сімейні заходи. При центрах формувались батьківські

ради, які перетворювались у громадські ініціативи і організації. Так при центрах були створені громадські організації «Родина» (Солом'янський район), «Грида» (Оболонський район), «Дружні долоньки» (Дніпровський район). У 2004–2005 рр. проводились «Форуми батьків, які виховують дітей з інвалідністю» у Міському будинку вчителя з залученням спеціалістів міських управлінь, на якому розглядалися актуальні питання виховання дітей у сім'ях, інтеграції їх у суспільство, проблем освіти і зайнятості. Актуальні питання з якими зверталися батьки дітей з інвалідністю: проблеми психічного розвитку дитини, корекції нестандартної поведінки дитини, відносин батьків і дітей, некомунікативність дитини, розсіяна увага. Також допомоги спеціалістів потребували і члени сімей: налагодження стосунків між батьками; виховання дитини з інвалідністю; організація реабілітаційного простору вдома; прийняття інвалідності дитини; вміння батьків турбуватися про себе, а не лише зосереджуватись на проблемі дитини; потребували інформації про роботу центру і інших організацій допомоги; потребували відпочинку і літнього оздоровлення в середовищі ровесників у супроводі батьків.

При кожному центрі реабілітації працювали групи волонтерів (по місту 143 особи). З волонтерами проводились навчання як у центрах реабілітації, так і КМЦСССДМ. За досвідом навчань у 2006-2007 рр. був розроблений модульний курс підготовки волонтерів і соціальних працівників до роботи з дітьми та молоддю з інвалідністю «Методи переміщення і допомоги особам з функціональними обмеженнями «SOS-сервіс» на 40 год., до якого входили модулі: «Методи переміщення і допомоги особам з ураженням опорно-рухового апарату», «Методи переміщення і допомоги особам з порушеннями зору», «Методи переміщення і допомоги особам з порушеннями інтелекту», «Методи переміщення і допомоги особам з порушенням слуху», «Особливості спілкування і взаємодії з дітьми та молоддю з інвалідністю». За цією програмою було проведено перше навчання спеціалістів групи супроводу Державного міжнародного аеропорту Бориспіль до асистування осіб з обмеженими фізичними можливостями (наказ КМЦСССДМ від 02.11.2006

№ 649 «Про проведення навчального модульного курсу»). При міському центрі діяла волонтерська агенція «Разом заради розвитку», яка забезпечувала міські заходи для дітей та молоді з інвалідністю і партнерських організацій.

Напрацьовані центрами реабілітації методичні розробки пройшли експертну оцінку Інституту психології ім. Г. С. Костюка НАПН України і отримала позитивну оцінку (наказ КМЦСССДМ № 598 від 22.09.2006 р.), оприлюднені в методичному посібнику, буклетах для батьків, довіднику соціального працівника [123; 156].

Здобутками етапу було: розвиток мережі спеціалізованих соціальних служб «Соціально-реабілітаційного центру для дітей та молоді з функціональними обмеженнями»; проведення навчань для волонтерів, спеціалістів з залученням активістів громадських організацій осіб з інвалідністю; випуск методичних матеріалів та статей із соціальної роботи з дітьми та молоддю з інвалідністю з досвіду роботи; делегування повноважень громадським організаціям надання соціальних послуг. Актуальними проблемами були: фінансова нестабільність ССС «Соціально-реабілітаційні центри для дітей та молоді з функціональними обмеженнями», відсутність спеціалістів з реабілітації і підготовки їх до роботи з дітьми з комплексними порушеннями, відсутність корекційно-реабілітаційних програм для дітей та молоді з мультиінвалідністю і тяжких форм; системної доставки маломобільних дітей та молоді з інвалідністю на реабілітаційні заходи. У батьків дітей з інвалідністю спостерігалась низька реабілітаційна культура, невіра в перспективи власної дитини, емоційне виснаження. Залучення дітей до реабілітаційних заходів у більшості відбувалось через масові заходи і соціокультурні програми центрів соціальних служб. Ці заходи слугували першим контактом і знайомством з родиною для залучення її до процесу реабілітації і соціальної роботи.

Етап реформування розвитку центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю (2007 р. донині) відзначився зміною статусу центрів з програми-спеціалізованого формування до закладів соціальної підтримки сімей, дітей та

молоді – центрів соціально-психологічної реабілітації для дітей та молоді з функціональними обмеженнями (далі – ЦСПРДМФО) на виконання постанови Кабінету Міністрів України від 08.09.2005 № 877 «Про примірне Положення про центри соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями. Відповідно до положення про діяльність центри надають послуги дітям та молоді з функціональними обмеженнями від 7 до 35 років, що відповідає нормам формування системи реабілітації: рання реабілітація від 0 до 7 років, соціально-психологічна реабілітація від 7 до 35 років [200]. Саме визначення «функціональні обмеження» надає можливість розширити коло отримувачів послуг, здійснювати роботу з дітьми з порушенням розвитку, яким не визначено статус інвалідності, що робить діяльність центру наближеним до потреб отримувачів послуг та здійснюється профілактика інвалідності. Саме в цей рік інтенсивно формується нормативно-правова реабілітаційна база, Міністерство соціальної політики видає наказ про створення центрів соціальної реабілітації дітей-інвалідів, у положення про діяльність центрів вписує досвід мережі соціальних служб. У м. Києві в 2007 році установи створено в Дарницькому, Деснянському, Подільському районах. У 7 районах продовжується робота, як соціальних програм під новою назвою «ЦСПРДМФО», виконуючи всі поставлені завдання. Очікуваним результатом роботи центрів є підвищення реабілітаційної культури та покращення мікроклімату сім'ї, в якій виховується особа з функціональними обмеженнями, соціальна адаптація дітей і молоді, розвиток навичок самостійного життя, розвиток творчого потенціалу.

Функції між районними ЦСССДМ та установами ЦСПРДМФО розділяються. Центри соціальних служб надають соціальні послуги в завданнях соціальної роботи, центри реабілітації – реабілітаційні і соціальні послуги в завданнях реабілітації. Київський міський центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді здійснює організаційно-методичне забезпечення діяльності мережі, проводить навчання спеціалістів, партнерську взаємодію з організаціями і установами. У 2008 році вийшла заборона Кабінету Міністрів

України про створення нових державних установ у зв'язку зі світовою економічною кризою, тому відкриття ЦСПРДМФО призупинено. У цей час у п'яти районах ЦСПРДМФО працюють як соціальні програми, у трьох районах як установи і надають послуги сім'ям (всього 8 центрів). У 2012 році продовжено створення закладів соціальної підтримки сімей, дітей та молоді в Оболонському і Солом'янському районах міста Києва. У діяльності мережі ЦСССДМ відповідно до нормативно-правових документів діяльності змінилися пріоритети – сім'я у складних життєвих обставинах (СЖО). Інвалідність може стати причиною і привести сім'ю до складних життєвих обставин, але спочатку сім'я потрапляє у кризу. Членам сім'ї на цьому етапі необхідна консультативна, інформаційна підтримка, допомога у правових питаннях, щоб вона не потрапило до СЖО. Тому сім'ї з членами осіб з інвалідністю як категорія для обслуговування залишилась як функціональний напрям. Для спеціалізованих формувань при районних ЦСССДМ законодавчі зміни привели їх до скорочення, програми залишились у трьох районах (Голосіївському, Дніпровському і Шевченківському). В 2019 р. припинила працювати остання програма в Дніпровському районі, в приміщенні якої відкрили центр комплексної реабілітації для дітей з інвалідністю, в якому є молодіжний відділ. Таким чином напрацьований досвід передали новоствореному центру.

Продовжена робота з батьками дітей з інвалідністю і батьківськими організаціями. У цей період продовжується робота з активізації молоді з інвалідністю до активного соціального життя. Питання безбар'єрності більше розглядається в контексті ментальних бар'єрів, а не лише архітектурних, робота зосереджується на подолання стереотипів суспільства щодо інвалідності. На вирішення цих завдань у 2007 році проведено ретрансляцію 60 фільмів Міжнародного кінофестивалю «Кіно без бар'єрів» у кінотеатрі «Жовтень»; фільми розповсюджені серед мережі центрів і партнерських організацій, транслюються на семінарах, клубних зустрічах з батьками в центрах реабілітації. З 2013-2018 рр. упроваджено просвітницький проект з питань подолання стереотипного ставлення до людей з інвалідністю у професійному

середовищі «Спікерське бюро» з залученням молоді і підлітків з інвалідністю, для яких проводилось семінари з підготовки до публічних виступів. Просвітницький проект здійснювався спільно з БФ «АІК», виступи спікерів були проведені в Фонді соціального захисту осіб з інвалідністю України, департаментах освіти, охорони здоров'я, центрах зайнятості, районних службах у справах дітей та мережі ЦСССДМ, перед муніципальними ЗМІ, перед студентами кафедр корекційної педагогіки, соціальної роботи та соціальної педагогіки вузів столиці, перед школярами міста. Проведено більше 60 виступів і охоплено більше 1700 учасників.

На цьому етапі відбулось звуження функцій ЦСССДМ в питаннях підтримки сімей з дітьми з інвалідністю та створення закладів. Питання інтеграції дітей та молоді з інвалідністю залишились у межах компетенції закладів соціальної підтримки сімей, дітей та молоді ЦСПРДМФО, залучення волонтерів до соціально-корисної діяльності і інтеграції дітей та молоді з інвалідністю поза межами компетенції ЦСССДМ. У 2009 році волонтерські програми в центрах припинили реалізовуватись.

Відбулося перепідпорядкування мережі ЦСССДМ від Міністерства сім'ї, молоді і спорту України до Міністерства соціальної політики України (2012), що ввело нові підходи: введення посади фахівця соціальної роботи; зміна статусу працівника служби – зняття державної служби (2017), зосередження послуг вразливим верствам населення, що перебувають у складних життєвих обставинах. У питаннях соціальної роботи з сім'ями, де є члени сім'ї з інвалідністю РЦСССДМ спеціалістами центрів здійснювались такі заходи: попередження потрапляння дитини з інвалідністю до інтернатного закладу; забезпечення доступу до послуг, необхідних родині, щодо мінімізації СЖО; робота щодо профорієнтації та визначення подальшого місця навчання дитини з інвалідністю; сприяння влаштування до навчального закладу; сприяння в оформленні інвалідності в дитини; заходи щодо забезпечення обстеження дитини та уточнення діагнозу дитини; представлення інтересів родини на консилиумі лікарів; підвищення батьківського потенціалу; сприяння в

оформленні соціальних виплат, які передбаченні законодавством, а саме по догляду за дитиною з інвалідністю; сприяння в забезпеченні та отриманні ліків; сприяння у влаштуванні дитини до навчально-реабілітаційного центру, що надало можливість дитині отримувати освітні послуги, сприяння в забезпеченні дитини технічними засобами тощо [201; 217].

Психолого-педагогічну реабілітацію здійснюють п'ять закладів соціальної підтримки сімей, дітей та молоді ЦСПРДМФО, методичне керівництво здійснює КМЦСССДМ. В 2019-1920 рр. фінансування центрів перейшло з молодіжних програм на програми соціального захисту. Відповідно до положення про діяльність центри реалізують 34 реабілітаційні програми. Переважна кількість отримувачів послуг – це діти та молодь з інвалідністю різних видів інвалідності без обмежень у діагнозах. Батьки і члени родини є учасниками реабілітаційного процесу, з 2014 року впроваджується сімейно-центрований підхід у роботу центрів, з 2019 року відбувається впровадження в роботу єдиних реабілітаційних цілей, трансдисциплінарної команди. Робота вибудовується на рівнях: особа – сім'я – громада – суспільство. Спеціалісти працюють мультидисциплінарною командою у співпраці з державними і громадськими організаціями району (63 організації). Центри наближені до місця проживання родини. Здійснюється науковий супровід розробки реабілітаційних програм центрів (2018 р.) кафедрою соціальної реабілітації і соціальної педагогіки факультету психології Київського національного університету імені Тараса Шевченка.

Як і раніше організаційно-правове, методичне і інформаційне забезпечення діяльності районних центрів, ЦСПРДМФО здійснюється Київським міським ЦСССДМ, який з 2012 р. впроваджує щорічну практичну конференцію спеціалістів мережі «Кращі практики» з метою презентації кращих практик, обміну досвідом, інформування громади міста про роботу центрів. Зокрема в 2017 р. проводиться перша науково-практична конференція, яка підсумувала напрацьований досвід: «Незалежне життя дітей та молоді з інвалідністю: реабілітація на рівні громади», до роботи якої залучено 16 громадських

організацій, більше 20 комунальних закладів і установ різних департаментів столиці, що працюють з особами з інвалідністю. Заходи посилили науковий інтерес до питань реабілітації осіб з інвалідністю з різних позицій: зовнішнього іміджу держави; внутрішнього іміджу соціальних служб, які докладають зусилля у сфері розвитку та підтримки дітей, молоді та сімей з інвалідністю; зниження навантаження на бюджет шляхом розвитку потенціалу людей з інвалідністю і підтримки сім'ї, в якій є дитина з інвалідністю (профілактика складних життєвих обставин); зацікавленості громадських організацій у наданні соціальних послуг; розвитку соціальної активності батьків і сімей, де один або більше членів люди з інвалідністю; подолання патерналізму і прийняття відповідальності за своє життя, участі людей з інвалідністю у громадському і політичному будівництві; формування інклюзивного суспільства. Результатом проведеної роботи стало впровадження в 2018-2020 рр. міських соціальних заходів (програми) «Методичне забезпечення соціально-психологічної реабілітації (абілітації) дітей, молоді з інвалідністю та їхніх сімей «Методичний центр «Незалежне життя», метою яких стало впровадження сучасних концепцій соціальної роботи з особами з інвалідністю та нормалізації сімей, де є члени з інвалідністю в діяльність мережі центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та закладів соціальної підтримки сімей, дітей та молоді. Таким чином, взаємодія КМЦСССДМ, районних ЦСССДМ у м. Києві і ЦСПРДМФО створює умови для впровадження нових технологій соціальної роботи і соціальної реабілітації.

З метою збереження напряму соціальної роботи з сім'ями з інвалідністю проводиться дві стратегічні сесії з планування розвитку напряму і підвищення якості послуг у 2016, 2019 рр. Визначені цінності і місія роботи (підготовка до самостійного життя дітей і молоді з інвалідністю, нормалізація і підвищення якості життєдіяльності сімей, де один або більше членів мають інвалідність), визначені шляхи вдосконалення роботи. Здійснювалась розробка моделі соціальних і реабілітаційних послуг для людей з інвалідністю та членів їхніх сімей, що зумовлена низкою змін в діяльності в мережі ЦСССДМ та

ЦСПРДМФО м. Києва, і обставинами, що склалися у сфері реалізації соціальної політики на міському та національному рівнях. До цих обставин можна віднести зміну статусу фахівця соціальної служби, перепідпорядкування районних центрів соціальних служб районним державним адміністраціям, невизначене становище районних реабілітаційних центрів. Незважаючи на посилену увагу суспільства до інклюзії в цілому, у міській соціальній політиці до недавнього часу напряму соціальної роботи з людьми з інвалідністю і соціальних послуг сім'ям з дітьми з інвалідністю не відводилось належне місце, що спровокувало низку процесів, які безпосередньо позначаються на якості послуг. Підвищення якості життя отримувача послуг, ведення самостійного способу життя є основною метою соціальної та реабілітаційної роботи, на досягнення якої повинна бути налаштована система соціальних служб та реабілітаційних установ. Одним із шляхів досягнення мети, що еволюціонує є якість послуг. Протиріччя, які стоять на шляху до цієї мети, істотно впливають на кінцевий результат.

Досягненнями четвертого етапу був збережений напрям соціальної роботи з сім'ями, де є особи з інвалідністю в мережі. Трансформація соціальних послуг у місті Києві вимагає від фахівців соціальної роботи і реабілітації сучасної підготовки та постійного підвищення кваліфікації. Впроваджуються парадигми «незалежного/самостійного життя», нормалізації сімей осіб з інвалідністю, реабілітації на рівні громади, системного сімейного підходу в діяльність мережі і соціальних закладів.

Таким чином, система реабілітації у м. Києві формувалась під впливом чинників, які зумовлені потребою в отриманні реальної допомоги сім'ям, де виховувались діти з інвалідністю. Ця потреба реалізувалася як через самоорганізацію громадських організацій так і через реалізацію місцевих програм на базі спеціалізованих формувань. Наразі, у новій редакції Закону України «Про соціальні послуги» зазначено, що послуги в громаді надаються від потреби, через створення спеціалізованих соціальних служб, що успішно реалізувалося ще у 1998-2000-х роках в м. Києві через мережу ЦСССДМ.

Проведене нами дослідження дає розуміння, що ще у 2000 роках застосовувались рішення, які враховували потребу громади.

3.2. Реабілітаційні практики як напрями роботи центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю

Цей параграф присвячений розкриттю тих соціальних програм та практик, які мали місце у процесі розвитку реабілітаційних центрів та напряму соціальної роботи в місті Києві. Проведений аналіз показав, що ці соціальні програми стали першими спробами залучити дітей та молодь з інвалідністю до активного життя в суспільстві, розвивати їхній творчий потенціал і підготовку до самостійного життя, а також зменшити ризики соціальної ізоляції. Їхнє впровадження стало основою формування спеціалізованих структур із надання реабілітаційних послуг дітям та молоді з інвалідністю в умовах наближених до їхнього проживання та співвідноситься із виокремленими нами етапами розвитку ЦРДМ з інвалідністю, що демонструє таблиця 3.2.

Таблиця 3.2.

Реабілітаційні програми та практики в розвитку центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю м. Києва

Етапи розвитку центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю	Реабілітаційні програми та практики
I.	Переважно ізоляційні форми догляду.
II.	«Київський міський фестиваль творчості дітей з інвалідністю «Повіримо у себе» (1993); програми на основі волонтерського руху: «Залучення дітей та молоді до надання добровільної допомоги молоді з інвалідністю, що обмежені в пересуванні «Книжки для дітей-інвалідів»» (1996), «Залучення дітей та молоді до надання добровільної допомоги молоді, що мають функціональні обмеження. Юнацька волонтерська служба «Разом заради розвитку»» (1997); «Залучення молодих інвалідів до роботи аматорського літературного клубу молоді з інвалідністю, видання літературного журнал «ДЖИН»» (1996); «Соціально-педагогічна допомога батькам, діти яких мають функціональні обмеження, сприяння діяльності громадських об'єднань інвалідів» (1997); «Робота соціально-реабілітаційних центрів для дітей та молоді з

	функціональними обмеженнями «Ігротеки для дітей-інвалідів» (1997); «Підтримка розвитку творчості молодих інвалідів» (1997); «Організація відвідування дітьми та молоддю, що обмежені в пересуванні музеїв, театрів «Києве мій» (1998).
III.	«Комплексна програма залучення молоді до активної соціальної дії, підтримки волонтерського руху, розвитку мережі соціальних послуг для молоді «Молодь за майбутнє Києва» на 2001 – 2005 роки» (2000), розділ «Разом заради розвитку»; Спеціалізована служба «Соціально-реабілітаційний центр для дітей та молоді з функціональними обмеженнями» (2002); спеціалізована соціальна служба «Центри соціально-психологічної реабілітації для дітей та молоді з функціональними обмеженнями» (2005).
IV.	Заклад «Центр соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями» (2007 – донині), програми «Центр соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями» (2007-2019 рр.).

Джерело: розроблено автором

Першою соціальною програмою на зниження ризиків соціальної ізоляції і посилення процесів соціальної інтеграції було впроваджено «Київський фестиваль творчості дітей з інвалідністю «Повір(имо) у себе», який розпочав свою діяльність у 1993 р., а з 1995 р. став програмою соціальної служби для молоді м. Києва. Фестиваль заклав важливі підходи соціальної реабілітації дітей та молоді з інвалідністю: розвиток дітей з інвалідністю, інклюзивний підхід (спільної взаємодії дітей з інвалідністю різних видів зі звичайними ровесниками-волонтерами), досвід активної участі, став майданчиком змін у ставленні, розвитку відповідальності і самостійності. Першим змістовним компонентом діяльності фестивалю був *розвиток творчих здібностей* у учасників, демонстрація їхніх творчих досягнень, спільні ігри, зустрічі з діячами культури, зустрічі в загонах, творчі майстер-класи, спілкування. Перші десять років фестиваль проходив у таборі і за своєю формою був інклюзивним, хоча в 1990-ті роки вживалось слово «інтеграційний». Діти з інвалідністю, які виховувались у сім'ях, діти з інтернатних закладів спільно проводили п'ять днів зі своїми ровесниками з дитячих громадських організацій міста в таборі на Різдвяні канікули. Формувалась нова культура спільної взаємодії, спільного життя, пізнання потреб один одного, підтримки і взаємодопомоги. Доброзичлива атмосфера фестивалю створювала умови для розвитку творчості,

отримання нового досвіду у учасників фестивалю, а волонтери залишались у цьому русі протягом року до наступного фестивалю. Це був перший майданчик, де діти з різними видами інвалідності могли познайомитись один з одним, оскільки в 1990-ті роки ще діяла інституційна система освіти та догляду за дітьми з інвалідністю. Діти, які виховувались у сім'ях в основному навчались на дому із-за інвалідності, були виключені із соціального життя, не мали можливостей для спілкування з ровесниками. Фестиваль створював умови для спілкування, знайомств. Таким чином, другим компонентом фестивалю був *інклюзивний підхід*. Цей підхід урахувався далі під час розробки і впровадження інших соціальних програм. З 1996 р. народився слоган «Разом заради розвитку!», який розкривав змістовну суть перших фестивалів: розвитку своєї особистості, розвитку свого колективу, розвитку своєї сім'ї, розвитку своєї держави. Розвиток важливим є для кожної дитини незалежно від стану здоров'я. Тому фестиваль змінив назву з «Повір у себе» на «Повіримо у себе», діти з інвалідністю і волонтери стали рівними учасниками програми. Під час фестивалю стали проходити проекти, які формували лідерські якості, активну громадянську позицію: «Делегати дитячих прав» (1997, 2001); вибори комісарів дитячих прав і роботу Дитячого центрального виборчого комітету; «Дитяча муніципальна асамблея» (1999), діти створювали власні проекти розвитку міста третього тисячоліття, умов безбар'єрності, спільної освіти дітей. Ці напрацювання презентувались керівництву міста (в табір на фестиваль приїздили всі мери міста), спеціалісти управління архітектури міста, управління молоді, директори районних центрів соціальних служб тощо. Проект «Дитина року» (2000, 2002 рр.), де в різних номінаціях публічно обирали переможців. У 2005 р. стали залучати молодь з інвалідністю до формування концепції фестивалю. З 2012 по 2015 рр. щороку діяв молодіжний блок організаторів (в різні робочі групи підготовки і проведення фестивалю входила молодь з інвалідністю); також у ці роки під час проведення фестивалю стали проводитись круглі столи на актуальні молодіжні теми із запрошенням керівників департаментів міста. У 2016–2017 рр. були проведені молодіжні

форумі із залученням відомих осіб з інвалідністю, які досягли успіхів у житті та мотивували молодь не стигматизувати себе, жити повним життям. Таким чином, третім змістовним компонентом фестивалю стала *активна участь* дітей та молоді. Принципи участі – це можливість самостійного вибору, врахування потреб дітей та молоді з інвалідністю при плануванні і реалізації заходів і програм, участь у житті в громаді за своїм вибором [174]. За десять років проведення фестивалю виникла потреба у зміні формату. По-перше, ГО «СПОК» більше не була організатором фестивалю, а в усіх районах міста була створена мережа соціальних служб для молоді, які проводили районні фестивалі, реалізовували соціальні програми для дітей та молоді з інвалідністю. Фестиваль став підсумковим заходом року реалізації реабілітаційних програм. По-друге, кількість бажаючих брати участь у фестивалі збільшувалось, а формат табору міг найбільше охопити 650 учасників з організаторами (творчі колективи із 11 інтернатів міста Києва, 16 громадських організацій батьків дітей з інвалідністю, 23 організацій Спілки дитячих та юнацьких організацій м. Києва «СПОК»). Відтак, у 2002 р. фестиваль змінив свій формат, додалась категорія «молодь», це дозволило охоплювати учасників із 77 організацій у кількості 1700 осіб. Стали проводитись районні тури і міський, за окремими творчими номінаціями, на відбіркові тури запрошувались професійне журі у співпраці з Департаментом культури міста, Спілки художників України, Спілки письменників України, Міжнародної освітньої культурної асоціації та ін. Професіонали оцінювали творчі доробки учасників фестивалю, а не інвалідність, і вже в 2019 р. у навчальних закладах культури м. Києва вчилось 100 дітей з інвалідністю, педагоги закладів почали розробляти інклюзивні програми навчання. Фестиваль є важливим майданчиком для батьків: отримати підтримку, пишатись досягненнями своєї дитини. Учасник фестивалю отримував досвід публічного прийняття, схвалення своїх досягнень, відчуті конкуренцію, отримати нові знайомства. Для педагогів пишатись своїми учнями, отримати визнання своєї праці на районному і міському рівні. Для соціальних працівників можливість встановити контакт з новими сім'ями,

неформального спілкування з батьками і формувати довірливі стосунки, спостерігати, запрошувати до інших програм і заходів. Таким чином фестиваль став *майданчиком змін у ставлені* до дітей та молоді з інвалідністю з об'єкта допомоги, до тих, хто робить свій внесок у розвиток культури і суспільства. Що є одним із завдань соціальної реабілітації: зміна соціального статусу. Фестиваль перестав бути просто соціальною програмою, а ще й реабілітаційною і культурологічною. Конкурсна основа давала стимул для розвитку, навчання, пошуку себе в різних творчих номінаціях, формувала *відповідальність і самостійність*. Фестиваль готував до подальшого життя, в якому багато конкуренції і до неї треба вміти формувати своє ставлення, вчитись досягати мети, співпрацювати з іншими, навіть програвати. Ставив нові завдання перед батьками і спеціалістами: підготувати дитину до питань вибору, прийняття рішень, відповідати за свої реакції, наслідки цих рішень і виборів. Вважаємо важливим зазначити, що фестиваль став проводитись у всіх регіонах України соціальними службами, а Державний центр соціальних служб для молоді з 2002 по 2012 рр. організовував його на всеукраїнському рівні в Міжнародному дитячому центрі «Артек», Крим. Саме тому в діяльність закладів (2005) центри соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями було прописано організація клубів за інтересами, конкурсів і фестивалів [200]. Таким чином, фестиваль став тією програмою, з якої розпочались різні напрями соціальної реабілітації дітей та молоді, у тому числі центрів реабілітації ЦСПРДМФО.

Розглянемо програми пов'язані з волонтерським рухом, розвитком творчих здібностей дітей та молоді з інвалідністю, реабілітації і підтримки батьківського громадського сектору осіб з інвалідністю, які розвинулись у результаті проведення фестивалю «Повіримо у себе». Реабілітаційна практика Київської міської соціальної служби для молоді КМДА – соціальна програма «Залучення дітей та молоді до надання добровольної допомоги молодим інвалідам, що мають функціональні обмеження. Юнацька волонтерська служба «Разом заради розвитку», яка зародилась саме на фестивалі «Повіримо у себе».

Ця програма була продовженням дружби дітей з інвалідністю з дитячо-юнацького громадського руху міста, вирішувала проблеми, пов'язані з дезадаптацією дітей та молоді з інвалідністю, їхньої успішної інтеграції в суспільство. Мета програми: організувати комунікацію і дозвілля дітей з інвалідністю з ровесниками за місцем проживання. Від створення до 2000 р. у цій програмі брало участь 36 дитячих громадських організацій СПОК, потім до волонтерського руху стали залучатись студенти, рідні брати і сестри учасників реабілітаційних програм, діти спеціалістів, молодь з інвалідністю. Групи волонтерів, які працювали при громадських організаціях осіб з інвалідністю, інтернатах, соціальних службах потребували підтримки, навчання, скеровування змістової діяльності. Таким чином, виокремився напрям волонтерського руху, який спеціалізувався на допомозі дітям та молоді з інвалідністю, об'єднав різні соціальні програми і акції, як-от: «Книжки для дітей-інвалідів», «Не забудь привітати», «Ігротеки для дітей-інвалідів», фестиваль «Повіримо у себе». Раз на місяць по суботах проводився клуб волонтерів, де проводились їхнє навчання, планування роботи, спілкування і обмін досвіду.

Розглянемо інші соціальні програми, де головними виконавцями були волонтери. Одна з таких програм «Залучення дітей та молоді до надання добровільної допомоги молоді з інвалідністю, що обмежені в пересуванні «Книжки для дітей-інвалідів». Програма розроблялась і реалізовувалась при міській соціальній службі для молоді, потім – у районних службах, потім – у соціально-реабілітаційних центрах. Мета програми: соціальна адаптація і творчий розвиток дітей з інвалідністю. Завдання: налагодити механізм доставки літератури особам з інвалідністю, виявлення читацької аудиторії серед молоді з інвалідністю, вивчення їхнього соціально-педагогічного стану, залучення і підготовка волонтерів, укладання угод з бібліотеками міста. Пріоритетом програми було: створення умов для розширення кола спілкування молодих людей, які обмежені в пересуванні, шляхом доставки та обміну літератури. Ідея програми була налагодити контакт, спілкування і взаємодію волонтера з

молодою особою з інвалідністю через організацію доставки книжок, періодичної літератури із бібліотеки, з'ясування вподобань та зацікавленості молодої особи. Для виконання цих завдань, відпрацювання технологій реалізації програми була підписана угода з Міською молодіжною бібліотекою «Молода гвардія». На бажаючих учасників програми з числа дітей з інвалідністю відкривався абонемент в бібліотеці і закріплювався волонтер, який доставляв книжки на дім. Волонтерів готували до участі в цій програмі за темами: мета і завдання програми, роль волонтера, етика спілкування і поведінки вдома в особи з інвалідністю, правила безпеки тощо. Учасників серед осіб з інвалідністю шукали через громадські батьківські організації, а районні центри через об'яви в районних газетах, наприклад, «Мій дім – Лівобережжя» (Дарницький район). Для заохочення учасників програми проводилась міська заочна літературна вікторина з читацькою конференцією для переможців у приміщенні бібліотеки «Молода гвардія» (20 осіб). З часу створення районних соціальних служб (1999–2000) програма стала реалізовуватись у районах, охоплювала 114 дітей та молоді з інвалідністю, 80 волонтерів по місту [4; 6]. Керівники програми зосереджували свою увагу на соціально-педагогічному стані учасників програми, консультували батьків, залучали до інших соціальних заходів і програм. По суті, програма була першим контактом для входження спеціалістів через волонтерів у сім'ю, зав'язування соціальних контактів. Програма творчо розвивалась. Дарницьким районом було об'явлено збір книжок для дітей з інвалідністю в районі, волонтери Оболонського району робили аудіозаписи читання дитячих книжок і організували прокат аудіокасет для сімей. Проводились заочні літературні вікторини на теми «Мої улюблені книжки», «Мої канікули», «Літо». Почали організовуватись літературні клуби спілкування молоді з інвалідністю (Харківський, Подільський район), літературні вечори в бібліотеці (Залізничний район). Навіть почали випускати свою газету «Давай дружити» (Мінський район), що було вже не просто реалізацією творчості, а і профорієнтаційним заходом. У учасників програми зав'язувались міжособистісні відносини (з'являлись друзі, знайомі) на рівні

мезо-, екзосистеми за теорією екосистем У. Бронфенбреннера (рис.3.3.), що є одним із важливих шляхів інтегрування людей з інвалідністю в суспільство і подолання соціальної ізоляції. Програма також задовольняла одну із важливих соціальних потреб людини — потребу в спілкуванні.

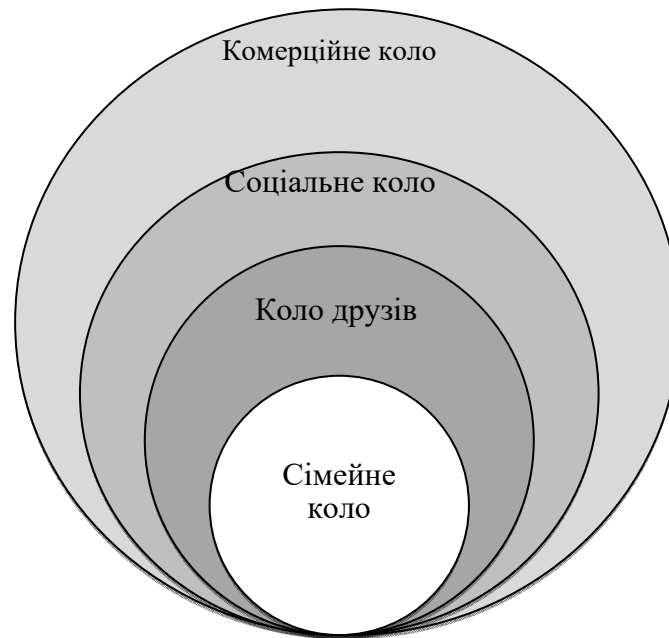


Рис. 3.3. Кола спілкування. Джерело: [109]

Таким чином, результатом реалізації програми «Книжки для дітей-інвалідів» було створення більш відкритого соціального середовища до потреб осіб з інвалідністю, налагодження партнерських зв'язків з закладами культури – міською і районними бібліотеками, впроваджені нові форми роботи (заочні вікторини, літературні вечори в бібліотеці, молодіжний літературний клуб, прокат аудіокaset з записами дитячої літератури, випуск газети). З часом батьки стали відпускати з волонтером своїх дітей на заходи, які організовували соціально-реабілітаційні центри і соціальні служби. Цей рух сформував новий напрям діяльності волонтерів – супровід дітей і молоді з інвалідністю під час соціокультурних масових заходів.

Волонтерська соціальна акція «Діди-Морози-волонтери» зробила свій внесок до привернення уваги суспільства до потреб маломобільних дітей та молоді з інвалідністю, розуміння важливості створення соціальних і реабілітаційних послуг, включення їх у суспільство. Акція була масовою і

проводилась у святкові Новорічні і Різдвяні свята з 1997 р. Молодь у костюмах Дідів Морозів приходила до дітей важких форм інвалідності додому привітати зі святами, створити святковий настрій і подарувати солодощі. Волонтерів готували до участі в акції, яка починалась парадом на Хрещатику.

Програма, яка підтримувала громадський батьківський рух «Соціально-педагогічна допомога батькам, діти яких мають функціональні обмеження, сприяння діяльності громадських об'єднань осіб з інвалідністю». Програма реалізовувалась у міській і районних соціальних службах для молоді, завданнями якої було створення банку даних про громадські об'єднання дітей та молоді з інвалідністю, вивчення та аналіз досвіду роботи громадських об'єднань і товариств осіб з інвалідністю; залучення членів громадських об'єднань до участі у програмах соціальної служби, акцій, заходів; організація та проведення спільних семінарів, круглих столів з проблем дітей, молоді з інвалідністю та їхніх батьків. За час реалізації програми було налагоджено співпрацю з 26 громадськими організаціями і ініціативами батьків дітей з інвалідністю (міського і районного рівнів). Підтримувалось фінансування громадських організацій «Церебрал», «Джерела», «Школа життя». При районних центрах створювались клуби спілкування молодих батьків. Підтримка сімей, які виховують дітей з інвалідністю була важливим компонентом створення системи соціальної реабілітації дітей та молоді з інвалідністю.

Ще одним надбанням фестивалю «Повіriamo у себе» стали соціальні програми розвитку творчих здібностей «Залучення молодих інвалідів до роботи аматорського літературного клубу молоді з інвалідністю, видання літературного журналу «ДЖИН» (1996). Ідея створення журналу належить громадській організації дітей з інвалідністю «Церебрал». Велика кількість дітей організації писали вірши, розповіді, виникла потреба в публікаціях їхніх творчих доробок, презентації суспільству можливостей дітей та молоді з інвалідністю. Назву журналу придумали діти-члени організації на фестивалі «Повіriamo у себе» – це скорочена назва «Дитячий Журнал Інвалідів «ДЖИН».

Завданнями новоствореної програми було залучити молодь з інвалідністю до роботи в літературній студії і редакційній колегії журналу. За час роботи програми було сформовано редакційну колегію з числа молоді з інвалідністю і налагоджено випуск журналу з періодичністю 2 номери на рік. За п'ять років реалізації програми опубліковано роботи більше 70 дітей та молоді з інвалідністю, змінилось 3 покоління редакційної колегії. Опубліковані персональні збірники Юрія Титова, Наталії Крук та ін. Програма реалізовувала принцип участі молоді з інвалідністю у прийнятті рішень, самостійності і реалізації творчого потенціалу.

Програма «Підтримки розвитку творчості молоді з інвалідністю» розпочала свою роботу з 1997 р. з проведення виставок творчих робіт у публічних місцях: Київський планетарій, Театр юного глядача, Київський міський центр мистецтв «Славутич», Київська міська державна адміністрація, районні в м. Києві державні адміністрації тощо. Завданням програми було організація та проведення виставок творчих робіт, виступів творчих колективів молоді з інвалідністю, підготовка та проведення районних та міських виставок творчих робіт дітей та молоді з інвалідністю, підготовка дітей та молоді до участі в фестивалі «Повіримо у себе». Реалізовувалась програма в районних і міському центрі соціальних служб для молоді. Проводились персоналізовані виставки творчих робіт спільно з партнерськими організаціями. З 2002 р. розвиток творчості дітей та молоді з інвалідністю став одним із напрямів соціальної реабілітації в діяльності центрів реабілітації і соціальних служб.

Програма «Організація відвідування дітьми та молоддю, що обмежені в пересуванні музеїв, театрів «Києве мій»» (1998), розпочалась з організації екскурсій для маломобільної молоді в музеї міста при супроводі волонтерів міським центром соціальних служб. Ця реабілітаційна практика вирішувала проблеми ізоляції і соціокультурного розвитку. При її реалізації були виявлені проблеми недоступності місць громадського призначення, стереотипів у працівників закладів культури щодо інвалідності і потреб дітей та молоді з інвалідністю брати участь у культурному і соціальному житті суспільства

(екскурсоводи боялися працювати з групою). Серед учасників програми виявлялась відсутність досвіду пересування містом, перебування в публічних місцях і навіть святкового одягу. Організатори заходів приділяли достатню увагу перемовинам зі спеціалістами закладів культури, водіїв транспорту; планувати маршрути і умови перебування молоді з інвалідністю. З 2000 р. програма мала назву «Соціокультурний розвиток дітей та молоді з інвалідністю». Організовувались відвідування театрів, кінотеатрів, музеїв, концертів, виставок, парків, культурних і історичних місць столиці. Спеціалісти реабілітаційних центрів проводили підготовчу роботу з учасниками: навчали їх основам етикету і поведінки, підбору одягу, спілкуванню. Спеціалісти і волонтери створювали доброзичливе середовище для учасників програми. Набутий досвід організованого пересування містом і перебування в публічних місцях слугувало в подальшому самостійному пересуванню і мобільності сімей. Соціокультурний розвиток став одним із напрямів роботи центрів реабілітації ЦМПРДМФО.

Особливу увагу потрібно приділити розгортанню програм зі створення реабілітаційних центрів – соціальна програма «Робота соціально-реабілітаційних центрів для дітей та молоді з функціональними обмеженнями *«Ігротеки для дітей-інвалідів»*». Як ми вже зауважили в п.3.1. програма була ініційована громадською організацією як вирішення проблеми відсутності спілкування, друзів, розвитку дітей з інвалідністю. Спочатку програма була розрахована на дітей з ДЦП, але до центрів почали звертатись батьки дітей з поведінковими порушеннями, ментальною інвалідністю і мультиінвалідністю. Як державна організація ЦССМ не могли відмовити бажаючим сім'ям відвідувати програму, таким чином у діяльність програми і майбутніх центрів увійшло важливе правило: приймати на реабілітацію всіх, хто звернувся за послугою. Функціями програми в 1997–1999 рр. були: розвиваюча, виховна, соціалізуюча, комунікативна, реабілітаційна. У функціях роботи керівника програми було (1999): організаційна (створення волонтерських загонів у районах; організація роботи гуртків, залучення спеціалістів і організація їхньої

роботи; змістова діяльність ігротек; залучення дітей та молоді до програми); дослідницька (створення банку даних дітей та молоді з інвалідністю району); організація вивчення соціально-педагогічного стану, потреб дітей та молоді з інвалідністю); навчально-методична (організація підготовки волонтерів до роботи за програмою; систематизація та розробка методичних матеріалів за програмою); координаційна (залучення кола партнерів до реалізації програми; участь у координаційних нарадах з реалізації програми); інформаційна (надання інформації органам влади, ЗМІ, широким верствам населення про хід реалізації програми). Функції волонтерів: організаційна (участь у проведенні заходів за програмою, організація змістовного дозвілля відвідувачів ігротек); інформаційна (поширення інформації серед однолітків про діяльність ігротек та хід реалізації програми); комунікативна (створення сприятливої психологічної атмосфери для відвідувачів ігротек для дітей з інвалідністю). Розглядалась мотивація волонтерів: можливість участі в літньому таборі волонтерів; можливість участі у зміні «Разом заради розвитку»; можливість участі у фестивалі дитячої творчості «Повіримо у себе»; участь у клубних днях волонтерів; отримання посвідчення волонтера; заохочення (проїзні квитки, атрибути, форма, дипломи); можливість участі в міжнародних проектах. Критерієм оцінки ефективності програми було зазначено: наявність бази даних про волонтерів та дітей з інвалідністю; дотримання графіку роботи ігротек; організаційно-методичний рівень забезпечення масових заходів та роботи гуртків; динаміка змін у фізичному та особистому розвитку осіб з інвалідністю; кількість волонтерів, які працюють за програмою; кількість дітей та молоді з інвалідністю, які беруть участь у роботі ігротеки. Соціально-педагогічна робота здійснювалась за схемою (рис. 3.4.), в якій виділялись такі напрями: інформаційний (інформування сімей про послуги, програми підтримки, залучення учасників), координаційний (партнерської співпраці), посередництво (соціальний, педагогічний, соціально-психологічні компоненти).

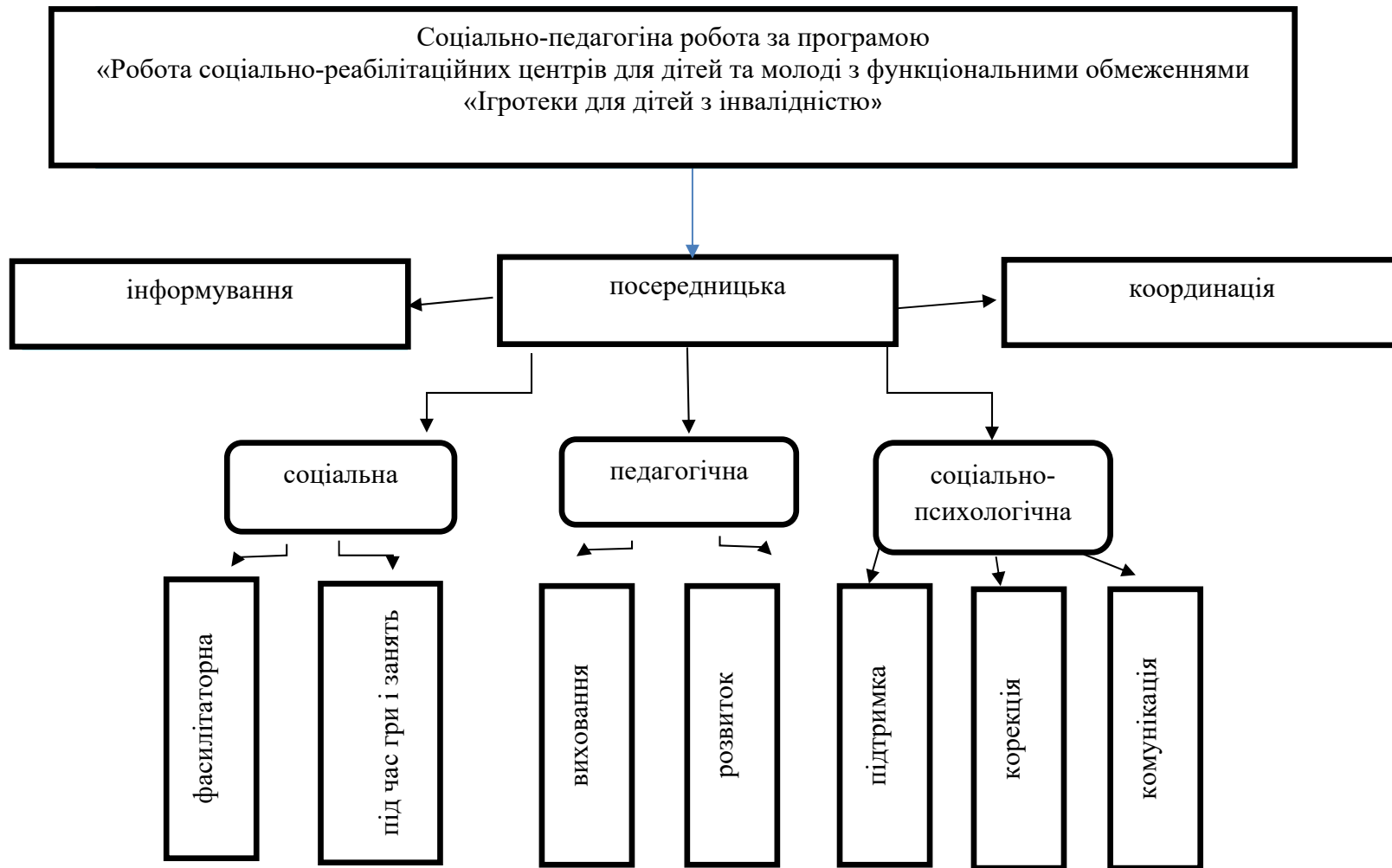


Рис. 3.4. Соціально-педагогічна робота за програмою «Ігротека для дітей з інвалідністю», 1999 р.

Джерело: [180, с.21]

Важливими в роботі соціального педагога було соціально-педагогічне дослідження сім'ї, діагностика давала інформацію для наступного планування роботи, тому увага приділялась структурним характеристикам сім'ї і залученню членів сім'ї до груп підтримки, соціокультурних заходів. В індивідуальній роботі з дитиною спеціалісти приділяли увагу діагностиці функціональних можливостей (біологічний і соціальний вік, здібності, біологічні ритми, рівень функціонального обмеження), рівню соціокультурного розвитку (вплив рівнорівневих соціальних чинників, соціальні потреби, статус, соціальні очікування, культурні і субкультурні цінності), психологічним характеристикам (сприйняття, здібність до вирішення проблем, характер самооцінки, рівень залежностей, реакції, пам'ять), особливостей соціальної адаптації, залучення дитини до соціально-педагогічного процесу. Спеціалісти зауважували на цінностях роботи і притримувались принципів роботи: принцип рівності, принципи соціальної справедливості, принцип конфіденційності [180, с. 10-15].

Об'єднання вище названих програм в 2002 році в спеціалізовані соціальні служби «Соціально-реабілітаційні центри для дітей та молоді з функціональними обмеженнями» (далі ССС СРЦДМФО) виокремили наступні напрями роботи (програми): соціально-психологічна реабілітація дітей та молоді, особливо які не навчалися в освітніх закладах або їх закінчили (школа «Пізнайко», програма «Випускник»); індивідуальні і групові корекційні заняття дітей дошкільного і шкільного віку (ЛФК, логопед, корекційний педагог, психолог); соціокультурний розвиток (екскурсії, гурткова діяльність, ігротеки для дітей, клуби спілкування молоді); розкриття і розвиток творчого потенціалу (творчі майстерні, гуртки, підготовка до фестивалю, виставки творчих робіт, персональні виставки), фізкультурно-спортивна реабілітація («Старти надій» для молоді з інтелектуальною інвалідністю, шахи, басейн, іпотерапія), соціальний патронаж на дому (відвідування волонтерами маломобільних дітей).

У контексті розбудови служби спеціалістами було розроблено схему індивідуальної роботи з отримувачем послуги (2003), що визначає етапи реабілітаційного процесу. Перше звернення отримувача послуг до СРЦДМФО

відбувається до соціального педагога. Під час первинного консультування з'ясовувались потреби отримувача послуг, мета його звернення, очікування. Далі – надавалася інформаційна консультація, пропонувався спектр послуг центру, планувався графік відвідування і індивідуальної роботи з необхідними спеціалістами, відкривали картку отримувача послуг. Модель роботи центрів здійснювалась за такою схемою: діагностика, соціально-психологічна реабілітація і ресоціалізація. Етап діагностики складався з дослідження причини проблем і її чинників, що заважають її подоланню; дослідження особистих рис отримувача послуг; дослідження соціального оточення; планування реабілітаційних заходів і програм. Наступним етапом була соціально-педагогічна реабілітація, до складу якої входило: організація поетапного виконання програми реабілітації, самостійне життя. Паралельним етапом роботи центру здійснювалась ресоціалізація, яку розглядали як: поновлення соціальних зв'язків сім'ї, яка виховує дитину з інвалідністю; реабілітація творчістю; включення до соціальних груп і інтеграція до соціальних інститутів [180, с. 10–14]. Отримувачу послуг пропонували відвідати клуби спілкування, різноманітні гуртки, соціокультурні заходи, групи взаємодопомоги батьків тощо. Робота в центрах була націлена на розширення соціального оточення (поновлення родинних зв'язків, дружніх відносин, включення в соціальні інститути і групи), прищеплення навичок самостійного життя, розкриття творчого потенціалу.

Центри почали здійснювати заходи з профорієнтації дітей з інвалідністю такими формами роботи: професіографічні екскурсії, організоване відвідування центрів зайнятості. Для молоді з інвалідністю здійснювали заходи з працевлаштування: запрошували до участі в молодіжних ярмарках вакансій, які організовувала молодіжна біржа праці або центри зайнятості, сприяли працевлаштуванню молоді і батьків отримувачів послуг центрів.

За аналізом нормативно-звітної документації, методичної літератури центрів визначено, що для батьків, які виховували дітей з інвалідністю в зазначений період надавалися консультативні послуги спеціалістами

мультидисциплінарної команди з метою підвищення їхньої реабілітаційної культури; проводились клуби взаємодопомоги з метою нормалізації емоційного стану, проходження етапів горювання з прийняття інвалідності дитини; семінари за запитом батьків. У центрах створювались інформаційно-методичні кутки для батьків, де висвітлювалась важлива інформація, розклад занять і роботи центру, правила центру, поради батькам, методичні буклети, бібліотечка педагогічної літератури, відеотека. До народних і національних свят у центрах проводились сімейні дозвілеві заходи, концерти, театралізовані дійства, конкурси, відвідування концертів. Сімейні заходи проводились з метою підтримки сімей, які виховують дитину з інвалідністю. Також, сім'ї залучались до міських заходів, які організував Київський міський центр соціальних служб для молоді такі як: Форум батьків, Клуб сімейних зустрічей «Теплий дім», спортивні змагання «Старти надій», міські виставки творчих робіт, Київський фестиваль творчості дітей та молоді «Повіримо у себе», Пасхальні свята, Новорічна ялинка у КМДА.

Влітку отримувачі центрів мали можливість відвідати спеціалізовані інтегровані оздоровчі зміни «Разом заради розвитку», які організував КМЦССМ. Центри реабілітації з 2003 р. стали впроваджувати відпочинкову програму «Давай дружити», яка за формою відповідала критеріям шкільних денних таборів. Табори проводились з метою розширення соціального оточення дітей та молоді з інвалідністю, створення умов для соціально-педагогічної реабілітації та формуванню суспільно-громадського досвіду особистості, реалізації творчих інтересів, здібностей та нахилів, створення тимчасового творчого колективу. Табір проходив десять днів, у першій половині дня – розвиваючі заняття або профілактичні заходи в медичному закладі району, у другій половині дня – дозвілеві. Програма складалась з таких компонентів: соціально-педагогічна діяльність (психологічні тренінги, корекційні вправи, майстер-класи); практична діяльність (екологія, спорт, гуртки, турніри); дозвілева діяльність (ігри, творча діяльність, подорож у природу, екскурсії) [6; 123].

Одним з важливих напрямків діяльності ЦСПРДМФО є формування позитивного іміджу осіб з інвалідністю в громаді, яке реалізовувалось за допомогою проведення масових заходів у районі (районний фестиваль «Повіримо у себе», виставки творчих робіт тощо), виступів дітей та молоді з інвалідністю на офіційних заходах у районі, тематичних зустрічей, демонстрацією фільмів кінофестивалю «Кіно без бар'єрів», створення і розповсюдження соціальної реклами. А також, проведення соціальних акцій «Не забудьте привітати», «Місто, де зручно всім». Усі заходи сприяли більш успішної інтеграції дітей та молоді з інвалідністю в суспільство.

Центри налагоджували співпрацю з закладами культури району та міста (бібліотеки, музеї, театри, виставкові зали, муніципальні кінотеатри, парки), з закладами освіти (управління освіти, інтернатні заклади, позашкільні навчальні заклади), заклади управління молоді і спорту (Інваспорт, спортивні заклади), закладами охорони здоров'я (районні поліклініки), благодійні фонди, громадські організації. Таким чином, центри створювали осередок взаємодії організацій, які працюють з дітьми та молоддю з інвалідністю в районі.

При кожному центрі працювали волонтерські команди, для яких проводились систематичні навчання. Аналіз звітно-аналітичної документації дозволяє зробити висновок, що волонтери в основному навчались у середніх навчальних закладах, їхньою сферою діяльності в центрах була допомога соціальним педагогам у підготовці та проведенні заходів, супроводження дітей під час поїздок, оформлення та прибирання приміщень, проведення клубів спілкування, відвідування на дому дітей з комбінованими формами інвалідності тощо. До волонтерських команд центрів стали залучатись рідні брати і сестри отримувачів послуг, працівників центру, а з часом і молодь з інвалідністю. П'ятеро батьків отримувачів послуг центрів прийшли працювати в соціальні служби і центри реабілітації. Також, у центрах реабілітації працювало п'ять спеціалістів з числа молоді з інвалідністю, які закінчили вищі навчальні заклади за спеціальностями «соціальна педагогіка», «соціальна робота» [6].

Робота базувалась на основі створення професійних команд, які наразі діяли, як мультидисциплінарні. Мультидисциплінарна команда центрів складалась із керівника програми, соціальних педагогів, логопеда, реабілітолога, соціального працівника, психолога, керівників гуртків. Підвищення кваліфікації працівників проводиться Київським міським центром соціальних служб для молоді в різних формах (в більшості без видриву від виробництва), це одноденні семінари, курсова перепідготовка, методичні збори спеціалістів, а також видання збірок методичних рекомендацій, де висвітлюється досвід роботи реабілітаційних центрів міста, буклетів. Організуються візити з метою ознайомлення з діяльністю державних і громадських організацій, які надають соціальні і реабілітаційні послуги людям з інвалідністю.

У цьому періоді критеріями оцінки ефективності центрів визначається: виконання мети соціальної програми; виконання завдань соціальної програми; робота із визначеною за програмою категорією дітей, молоді, сімей; робота за кількісним показником участі киян у програмі; виконання сценарного плану роботи; забезпечення ресурсами; виконання прав отримувачів послуг та Обітниці соціального працівника; наявність відгуків; дотримання стандартів соціальної роботи; взаємодія з іншими соціальними службами; інформаційне та рекламне забезпечення. Аналіз діяльності роботи центрів здійснював КМЦСССДМ. Спеціалізовані формування все більше інтегрували в собі напрацьовані практики і виконували функцію оцінки запитів сімей, які виховують дітей, молодь з інвалідністю.

У 2007 р. завершилась легалізація центрів і їхнє перетворення в окремі юридичні установи на виконання Постанови Кабінету Міністрів України «Про затвердження Типового положення про центр соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями». В основу діяльності ЦСПРДМФО покладено такі засади: діти з інвалідністю є рівноправними членами суспільства; діти з інвалідністю мають рівні з іншими права і можливості (завдання держави, суспільства і сім'ї їх забезпечити); діти з

інвалідністю мають жити в сім'ї і розвиватись у природному середовищі; реабілітаційні послуги мають бути наближеними до місця проживання дітей з інвалідністю; формування життєвих компетентностей дітей з інвалідністю має відбуватись з однолітками, у колективі і суспільстві. Спостерігаємо важливу тенденцію в потребах спеціалістів здійснювати ціннісну соціальну роботу і реабілітацію, що відзначається прописаними в програмах принципів роботи.

У відповідності до ЗУ «Про реабілітацію осіб з інвалідністю» центри здійснюють: психолого-педагогічну реабілітацію: діагностика, психологічна корекція, соціально-педагогічна корекція, розвиток комунікативних навичок, мовленевий розвиток, поведінка в соціумі та складних ситуаціях, правова освіта, основи здорового способу життя, молодіжні клуби спілкування, соціокультурні заходи, змістовне дозвілля; соціальну та побутову реабілітації: розвиток навичок самообслуговування, розвиток побутових навичок, соціально-середовищна орієнтація; професійну реабілітацію: набуття навичок трудової діяльності, профорієнтація, елементарні навички роботи з комп'ютером, розвиток творчих здібностей; фізкультурно-спортивну та фізичну реабілітації: ЛФК, масаж, кінезотерапія, оздоровчі заходи; реабілітація засобами спорту; проведення спортивних змагань; розвиток навичок рухової активності та самостійного пересування.

Також, мультидисциплінарна команда закладів ЦСПРДМФО здійснює соціально-педагогічну роботу в таких *напрямах*: діагностика та корекція соціально-психологічного стану дітей та молоді з інвалідністю (діагностично-корекційний), розвиток, формування навичок соціальних компетентностей та самостійного життя; розвиток творчих здібностей; фізкультурно-спортивна активність; соціокультурна діяльність; профорієнтація; психолого-педагогічна підтримка членів сімей дітей та молоді з інвалідністю; волонтерська робота; програми включення.

Зазначимо, що в центрах працюють мультидисциплінарні команди спеціалістів: вчитель-реабілітолог, психолог, логопед, вихователь соціальний по роботі з дітьми з інвалідністю, соціальний педагог, сестра медична, черговий

адміністратор. Щоб створити умови для взаємодії дітей та молоді з функціональними обмеженнями з їхніми звичайними ровесниками до 2009 р., фахівці залучали до роботи в центрах волонтерів з числа школярів і студентів, рідних братів і сестер відвідувачів центрів. З 2007 по 2019 рр. команди спеціалістів, за визначеним законодавством, надавали соціально-педагогічні, психологічні, інформаційні, соціально-медичні, соціально-економічні послуги. З 2020 р. відбувся перехід на стандарти соціальних послуг.

Центри соціально-психологічної реабілітації для дітей та молоді з функціональними обмеженнями м. Києва можуть визначати методи та форми роботи за погодженням з органом, який утворив центр. Основними формами соціально-педагогічної роботи у ЦСПРДМФО є: індивідуальні форми роботи: первинна консультація, діагностика, консультація, бесіда, заняття; групові форми роботи: групові заняття, тренінг, лекторій, відео лекторій, семінар, круглі столи, ігротека, клуб, групи взаємодопомоги, екскурсії, візити, навчальні курси, відпочинкові програми, трудові майстерні; у громаді: фестивалі, тематичні тижні, свята, конкурси, концерти, шоу-програми, виставки, соціальні акції, ярмарки, квести, спортивні змагання. Для батьків дітей та молоді з інвалідністю проводяться індивідуальні психологічні та соціально-педагогічні консультації, інформування. Батьки і члени сім'ї залучаються до групових форм роботи: клубів спілкування і взаємодопомоги батьків, семінарів, дозвілевих сімейних, соціокультурних і спортивних заходів. З 2014 року в центрах почали впроваджувати сімейно-центрований підхід. Стали впроваджуватись нові форми, такі як проведення терапевтичних груп для батьків дітей та молоді з інвалідністю, проведення просвітницьких занять для батьків «Мамина школа» з підвищення реабілітаційної культури батьків.

Завдяки створенню закладів ЦСПРДМФО стало можливим реалізувати повний цикл надання реабілітаційних послуг від оцінки та моніторингу потреб до реалізації послуги і оцінки її ефективності. А також, роботу по підвищенню професійної підготовки фахівців центрів, ефективності їхньої роботи та можливості розширити спектр послуг і започатковувати нові практики.

Варто виокремити, що вирішення організаційних питань щодо забезпечення профорієнтації та подальшого працевлаштування отримувача послуг центру потребує вирішення: розробити методiku профорієнтації для дітей та молоді з інвалідністю; залучити до участі в цьому процесі спеціалізовані установи (центри зайнятості та інші) і наукові установи; мати необхідні людські та матеріально-технічні ресурси для досягнення зазначених завдань. Також, потребує вирішення ролі центра реабілітації в створенні реабілітаційного простору і маршруту дитини з інвалідністю: наявність координатора сім'ї; розробити модель і алгоритми як вести сім'ю поза роботою центру; винести дане питання на окреме обговорення.

Відповідно до положення про діяльність центри розробили і реалізують 34 реабілітаційні програми. *Дарницький ЦСПРДМФО*, соціально – реабілітаційні програми (наказ від «12» січня 2018 № 1-а): «Клуб спілкування», 29 осіб; «Мистецтво навколо нас», 80 осіб; «Адаптивна фізична культура», 40 осіб; «Година з психологом», 19 осіб; «Сенсорно-інтегративна терапія» і «Система корекційної роботи для дітей з особливими освітніми потребами з порушеннями мовленнєвого розвитку», 12 осіб; «Логоритміка», 10 осіб; «Клуб батьків: Порада. Злагода. Любов», 25 батьків.

Деснянський ЦСПРДМФО, соціально-реабілітаційні програми (наказ від 27 листопада 2017 р. № 48): «Програма занять з соціально-педагогічної та психологічної реабілітації засобами казкотерапії», 23 учасника; «Організація корекційно-розвиваючих занять з ігротерапії з дітьми з порушенням інтелекту», 32 заняття, 34 учасника; «Організація логопедичної роботи з дітьми та молоддю з порушенням мовлення», 580 занять, 29 дітей та 22 молоді; «Програма занять з фізичної реабілітації», 20 дітей, 35 молоді.

Оболонський ЦСПРДМФО, соціально-реабілітаційні програми (наказ від 2 січня 2018 р. № 01): «Виховання, розвиток, навчання та дошкільна підготовка дітей з ф/о в групі «Зернятко», 5 осіб, «Корекційно-розвиваючий комплекс для дітей та молоді з функціональними обмеженнями», «Виховання культури та формування поведінки підлітків та молоді в суспільстві: виховання патріотизму

і любові до України, її символів і народу та формування навичок і отримання знань для всебічного розвитку особистості та інтеграції в суспільство», 47 осіб, «Корекційно-розвивальна робота з дітьми та молоддю з ф/о», 17 осіб, «Виправлення та поліпшення стану опорно-рухового апарату, підвищення спритності та витривалості», «Формування естетичного смаку, творчих здібностей, уваги, уваги та відповідальності», 16 осіб.

Подільський ЦСПРДМФО, соціально-реабілітаційні програми: програма корекційно-розвиваючої роботи з підлітками з проблемами в розвитку пізнавальної сфери та поведінки «Кроки до дорослості», охоплено 51 осіб, з яких серед дітей – 38 осіб, молодь – 13 осіб; «Образотворча діяльність як метод реабілітації», охоплено осіб 55, з яких серед дітей – 16 осіб, серед молоді – 30 осіб, батьків – 9 осіб; «Програма корекційно-відновлювальних занять для дітей із загальним недорозвитком мовлення», охоплено осіб 28, з яких серед дітей – 23 особи, молодь – 5 осіб; «Програма групових занять з фізичної реабілітації», охоплено 53 осіб, з яких: серед дітей – 29 осіб, серед молоді – 24 осіб; «Каністерапія як метод реабілітації та соціалізації дітей та молоді з особливостями розвитку», охоплено 9 осіб, з яких діти – 4 особи, молодь – 5 осіб.

Солом'янський ЦСПРДМФО, соціально-реабілітаційні програми: «Відпочинок та дозвілля» для сімей, які виховують дітей та молодь з функціональними обмеженнями» (наказ від 04.01.2016 р. № 2), 123 особи; «Клуб спілкування молоді» (наказ від 02.01.2018 р. № 4), 8 учасників; програма з профорієнтації «Творча майстерня «Так» (наказ від 02.01.2018р. № 3), 11 осіб; «Театр активної та творчої молоді з функціональними обмеженнями» (наказ від 08.01.2014 р. № 1), 10 осіб; програма з розвитку музично-ритмічних здібностей «Акорд» (наказ від 08.01.2014 р. № 1), 10 осіб; програма з працетерапії «Чарівна скриня» (наказ від 02.01.2018 р. № 9), 8 осіб; «Адаптивна фізична культура» (від 02.01.2018 р. № 8), 9 учасників; «Соціально-побутове орієнтування молоді» (наказ від 02.01.2018 р. № 10), 8 осіб; програма з розвитку мовлення «Школярник» (наказ від 02.01.2018 р. № 6), 4 учасника; психологічна терапевтична програма «Особистість» (наказ від 02.01.2018 р. № 5), 6

учасників; програма з розвитку мовлення «Розумничок» (наказ від 02.01.2018 р. № 7), 10 осіб.

Отже, діяльність центрів реабілітації потребувала переосмислення, співвідношення сучасних потреб отримувачів послуг і можливостей центру. Примірне положення центрів було прийнято у 2005 р. ще до прийняття ЗУ «Про реабілітацію осіб з інвалідністю». Таким чином перед спеціалістами центрів повстало питання розробки моделі якості реабілітаційних послуг для дітей і молоді з інвалідністю. Стратегічна сесія «Робота над моделями якості соціальних і реабілітаційних послуг для людей з інвалідністю та їхніми сім'ями» (КМЦСССДМ від «07» лютого 2019 р. № 47) відбулась у лютому 2019 р., в якій взяло участь 40 спеціалістів мережі ЦСПРДМФО та РЦСССДМ м. Києва, представники партнерських організацій. Під час групової роботи спеціалісти зазначили, що модель повинна сприяти упорядкуванню бачення процесу реабілітації згідно загальним сучасним тенденціям, включаючи ціннісні підходи, такі як орієнтир на результат, комплексний підхід, профілактика інвалідності, підтримка батьків, включення осіб з інвалідністю в суспільство. Спеціалісти районних центрів соціально-психологічної реабілітації для дітей та молоді з фізичними обмеженнями м. Києва відносять до отримувачів послуг всю сім'ю, де один або більше членів з інвалідністю [10].

Під час роботи були визначені складові якості послуг: роль місії і цінностей в реабілітації, взаємодія (команди, з отримувачами послуг, стейкхолдерами), ресурси спеціаліста, напрацювання критеріїв якості послуг. З'ясовано, що якість послуги залежить від бачення керівників, якими мають бути програми розвитку і вміння підбирати компетентні і перспективні кадри. Батьківський контроль і участь у якості послуг можуть бути реальними, якщо батьки мають необхідні знання та готові підтримувати персонал реабілітаційних центрів. Можливо, з часом з'являться піклувальні ради центрів, що надасть імпульс у розвитку. Істотним елементом впливу на якість послуг може бути обов'язковий незалежний моніторинг, над механізмом якого варто подумати. Якість реабілітаційних послуг залежить від взаємодії з батьками,

професіоналізму фахівців і наявності необхідних ресурсів – особистих і матеріально-технічних. На якість послуг може вплинути конкуренція, яка спонукає до пошуку нових підходів до реабілітації, посилення команди професіоналами і налагодженою взаємодією з організаціями, що надають сервіс реабілітаційних послуг. Необхідно врахувати, що реабілітаційне середовище формується досить швидко і міцно, а поява приватних центрів та індивідуальних практиків говорить про те, що існує платоспроможна аудиторія, яка потребує якісних послуг. Здатність районних реабілітаційних центрів забезпечити бажаний рівень якості стримується низкою чинників, пов'язаних з питаннями підпорядкування і фінансування. Це призводить до того, що центри, які знаходяться в муніципальній системі, будуть більше фокусуватися на маргінальних прошарках населення.

Враховуючи вищесказане, вважаємо за необхідне запропонувати певні висновки, такі як: 1) отримувачами районних центрів соціально-психологічної реабілітації прийнято вважати всю сім'ю, де один або більше членів є люди з інвалідністю. Залучення сім'ї до процесу реабілітації відбивається на ефективності і якості результатів; 2) на якість послуг реабілітаційних центрів істотно впливає низка чинників, пов'язаних з управлінням, матеріально-технічним забезпеченням. Невизначене становище центрів у системі соціальної політики призводить до того, що більшість послуг, що надаються отримувачами послуг, складаються з існуючих можливостей і особистих уявлень керівників даних установ про свою діяльність, кваліфікації і бажання слідувати сучасним тенденціям. Важливим фактором, що відбивається на якості послуг, є підбір персоналу. Необхідні критерії для підбору персоналу і чітко розроблені індикатори якості роботи співробітників; 3) керівникам центрів, крім професійних знань, необхідна системна підготовка в області менеджменту для розвитку навичок ефективного управління колективом і створення комфортної обстановки для роботи колективу; 4) ціннісні пропозиції послуг тісно пов'язані з доступністю центрів реабілітації для дітей та молоді з інвалідністю; 5) конкурентоспроможність центрів залишає бажати кращого.

Для платоспроможних отримувачів муніципальні центри реабілітації є малопривабливими з низки причин і тому вони віддають перевагу приватним установам. Районні центри, через слабкий менеджмент і низькі заробітні плати, не здатні утримати талановиті кадри і побічно виконують функцію підготовки фахівців для приватних центрів подібного роду; б) відсутня реабілітаційна підтримка фахівців, що призводить до вигорання, професійної деформації та плінності кадрів; 7) модель якості може виникнути за умови вирішення ряду питань, починаючи від зовнішнього управління, бюджету, матеріально-технічного забезпечення і закінчуючи ефективністю реабілітаційних методик і практик, які повинні безпосередньо відобразитися на якості життя отримувачів послуг.

Умови, необхідні, щоб реабілітаційні цілі SMART стали наріжним каменем у роботі ЦСПРДМФО: об'єктивна діагностика стану клієнта за участю команди; складання ІПР з урахуванням запиту батьків і отримувача послуги; визначення SMART цілей; виконання ІПР; робота з сім'єю; зворотній зв'язок; моніторинг; наявність необхідних ресурсів. Набуло актуальності переходу центрів реабілітації на єдині реабілітаційні цілі і роботи трансдисциплінарної команди.

Враховуючи вище сказане, вважаємо за необхідне виокремити певні проблеми у ЦСПРДМФО, такі як: 1) відсутність стандартів роботи; 2) відсутня нормативна база; 3) застарілий штатний розклад; 4) фінансування (можливість додаткових); 5) залучення зовнішніх фахівців; 6) підвищення кваліфікації і розвиток за сучасними методиками; 7) вивчення зарубіжного досвіду; 8) приміщення; 9) фандрейзинг.

Досліджуваний нами розвиток центрів соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями м. Києва розкриває важливі надбання соціальної реабілітації дітей та молоді з інвалідністю: розвиток послуг від потреб дітей та молоді з інвалідністю до реабілітаційних програм і створення центрів реабілітації; розвиток підходів соціальної реабілітації дітей та молоді з інвалідністю (розвиток дітей з інвалідністю, інклюзивний підхід та спільна взаємодія дітей різної інвалідності

зі звичайними ровесниками-волонтерами, активна участь, зміна ставлення, відповідальність і самостійність учасників реабілітаційного процесу.

Таким чином, здійснений нами аналіз організації реабілітаційних практик в мережі центрів соціальних служб м. Києва свідчить про їхню різноманітність, постійне оновлення, відчуття потреб дітей та молоді з інвалідністю та їхніх батьків, розуміння сучасних тенденцій реабілітаційних практик та суспільства, прагнення до ефективності та якості.

3.3. Перспективи розвитку діяльності центрів реабілітації для дітей та молоді з інвалідністю

Проведене дослідження показало, що форми надання реабілітаційних послуг мають оцінюватися і можливими перспективами їхньої якості, критеріями яких є принципи Конвенції ООН про права осіб з інвалідністю (таб. 3.3.).

Таблиця 3.3.

Критерії оцінювання центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю

Принцип	Критерії оцінювання
Автономія	повага до самостійності особи з інвалідністю; формування світогляду самостійності (філософія «незалежного життя»); мета реабілітаційних заходів; відповідні технічні і реабілітаційні засоби;
Недискримінація	допомога всім віковим групам; допомога всім нозологіям і формам інвалідності;
Співучасть	принцип участі; залучення до встановлення єдиної реабілітаційної цілі; залучення до розробки соціальних програм та акцій; охоплення всіх, хто потребує реабілітації;
Свобода вибору	ст. 19 Конвенції прав осіб з інвалідністю; підтримка у процесі прийняття рішень (концепції «гідність ризику», «SRV»);
Рівні можливості	розкриття потенціалу учасників реабілітаційного процесу; сприяння віднайти своє місце в суспільстві і зробити свій внесок у його розвиток; проведення просвітницьких заходів у громаді; взаємодія у громаді; відкритість до співпраці з іншими організаціями і структурами.
Доступність	універсальний дизайн;

	наближений до місця проживання;
Гендерна рівність	доступ до послуг представників чоловічої і жіночої статі;
Повага до здібностей дітей з інвалідністю	розвиток дітей з інвалідністю; повага до права дітей з інвалідністю зберігати свою індивідуальність.

Джерело: опрацьовано автором

Оскільки носіями цінностей є фахівці реабілітаційних закладів, то саме їхня професійна підготовка буде слугувати впровадженню принципів Конвенції в діяльність реабілітаційних центрів і ствердженню цих цінностей при реалізації завдань реабілітації дітей та молоді з інвалідністю. Таким чином, перспективами розвитку центрів реабілітації є *цінності і місія організації* (закладу), які мають прикладне значення і є етичним мірилом при наданні соціальних і реабілітаційних послуг. Цінності повинні бути усвідомлені і прийняті колективом, а у прикладному аспекті, яким фахівці реабілітаційних центрів повинні володіти, і спиратися на них у своїй практиці. Цінності часто відображають реабілітаційну парадигму. Цінності безпосередньо націлюють і впливають на якість послуг, що надаються і дозволяють прийняти найкраще рішення, яке позитивно позначиться на якості життя отримувача послуг і його сім'ї. Цінності повинні бути впроваджені в роботу колективів, щоб стати моральною основою об'єднання фахівців різних спеціальностей і організацій. Цінності – це також інструмент керівника, який повинен їх розділяти і проводити системну роботу з колективом щодо їхнього розуміння і використання. Впровадженням цінностей займається керівник і топ-менеджмент організацій. Цьому можуть слугувати проведення стратегічних сесій спеціалістів, таким прикладом є стратегічна сесія за напрямом «Соціальна робота з дітьми та молоддю з інвалідністю» (2016 р.) мережі ЦСПРДМФО і РЦСССДМ м. Києва, в якій взяло участь 20 спеціалістів мережі. Напрацьовані підходи пройшли перевірку часом, використовуються у практичній діяльності і є актуальними у світлі змін, що відбулися у сфері розвитку інклюзивної свідомості в Україні. *Місія напряду*: підготовка до самостійного життя дітей і молоді з інвалідністю, нормалізація і підвищення якості життєдіяльності сімей,

де один або більше членів мають інвалідність. Цінності: відповідальність, повага до особистості, інклюзивне суспільство, командний підхід.

Відповідальність: при здійсненні реабілітаційних заходів враховуються межі відповідальності спеціаліста і отримувача послуг; спеціаліст відповідає за якість наданої послуги; спеціаліст формує в людини з інвалідністю відповідальність за своє життя; спеціаліст здійснює заходи з формування відповідальності батьків та інших членів сім'ї за задоволення потреб дитини з інвалідністю, її розвиток, виховання і реабілітацію.

Повага до особистості: спеціалісти поважають кожну особу, яка звернулася за допомогою; керуються принципом: спочатку особистість (дитина/людина), а потім інвалідність; у роботу центрів упроваджують принцип участі.

Інклюзивне суспільство (суспільство рівних можливостей): спеціалісти сприяють розвитку рівних можливостей для всіх людей з якими працюють; проводять просвітницьку роботу з розвитку розуміння інвалідності в суспільстві, також у спільноті дітей і молоді з інвалідністю та їхніх батьків; формують оптимістичний підхід і інклюзивний простір.

Командний підхід: спеціалісти є командою не лише у своєму центрі, а всередині системи; створюють мультидисциплінарні та трансдисциплінарні команди залежно від завдань дітей, молоді та сімей, де члени з інвалідністю; спеціалісти відкриті до взаємодії між собою і відкриті до співпраці з організаціями та структурами, які поділяють їх цінності.

Упровадження фахівцями цінностей здатне позитивно вплинути на якість послуг і відповідальність колективу. Якість послуг, згідно з цінностями, не є самоціллю – вони відображають багатовимірність соціальної реабілітації та роботи, участі сім'ї, суспільства і держави в ній. Цінності можуть впроваджуватися шляхом проведення індивідуальних і колективних бесід, а також за допомогою тренінгів та групової фасилітації. Цінності соціальних служб та реабілітаційних центрів повинні бути донесені до стейкхолдерів і розділятися ними при побудові партнерських відносин.

Наступним напрямом перспектив розвитку центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю є *роль самих спеціалістів*. Стратегічні сесії, фокус-групи, опитування спеціалістів можуть окреслювати актуальні питання діяльності центрів. На прикладі стратегічної сесії спеціалістів мережі СССДМ і ЦСПРДМФО м. Києва «Робота над моделями якості соціальних і реабілітаційних послуг для людей з інвалідністю та їхніми сім'ями» (2019), в якій взяло участь 40 осіб з числа: заступників директорів і спеціалістів РЦСССДМ, директори і спеціалісти ЦСПРДМФО, представники громадських організацій дітей та осіб з інвалідністю м. Києва, розглянемо мотиваційну складову працівників [10, с. 44-50]. На перші позиції мотиваційних компенсацій, які визначили спеціалісти, вийшли: емоційне задоволення, вирішення питань отримувача послуг або зміни в якості життя, отриманий досвід, реалізація і отримання нових знань, радість. Також, вони зазначили важливими для них ще такі позиції як щастя, оплата праці, підвищення професійного рівня, зайнятість, самореалізація. Серед витрат зазначили: енергія, емпатія, терпіння, прийняття себе і світу, культура, організаційні і соціальні навички. До цих витрат на які не вказали спеціалісти, ми можемо ще віднести професійну деформацію і вигорання. Можливо ця позиція потребує додаткового зовнішнього вивчення, а не лише самоаналіз спеціалістів, додаткових досліджень потребують і умови праці та навантаження, саме за цими комплексними результатами коригувати підвищення кваліфікації спеціалістів. Ще одну позицію, яку визначили спеціалісти – це демотиватори в роботі, якими є низька заробітна платня, невизнаність праці і ролі мережі в соціальних змінах суспільства, великі навантаження, невизнання вищим керівництвом досягнень у роботі, статус «обслуговуючого персоналу», споживацька позиція в отримувачів послуг і перекладання відповідальності в батьків дітей на спеціалістів, невідповідний функціоналу графік роботи [10].

У сучасному світі розглядається тенденції об'єднання ціннісного та компетентнісного підходу в професійній діяльності: важливим є формування спеціаліста як професіонала і паралельно з цим впровадження профілактичних

заходів з попередження професійних криз і деструкцій [98]. Варто зазначити, що Кетрін Галік (2015 р., Канада) розглядає, що у спеціалістів соціальної роботи і соціальної реабілітації може розвинутих п'ять видів професійних захворювань: вигорання, вторинний травматичний стрес, втома від співчуття, вікарна травма, посттравматичний синдром [44]. Таким чином, організація має забезпечувати профілактичні заходи з попередження професійних захворювань, вивчати і створювати ергономічні умови. Центри реабілітації мають бути безпечним середовищем як для груп отримувачів послуг так і для спеціалістів. Для впровадження цього аспекту в діяльність центрів реабілітації важливим є виокремлення меж відповідальності за профілактику професійних захворювань між організацією і самим спеціалістом. Компетенції спеціаліста з кожним роком набувають нових вимог і викликів. На етапі вибору професії важливим є відповідність особистих якостей майбутнього спеціаліста з професійними вимогами. На етапі становлення як спеціаліста важливо мати професійне середовище, яке б допомагало з набуттям професійного досвіду, спонукало до розвитку. Під час професійної діяльності важливим є вміння поєднувати знання і навички, випрацювати особисте ставлення до об'єкту своєї діяльності, позбутись стереотипів, бути готовим навчатись протягом життя, вміти дбати про себе, а для сучасного етапу соціальної роботи додаються ще вміння співпрацювати на рівних з отримувачем послуг.

Також, для визначення ролі спеціаліста у процесах реабілітації можуть використовуватись фокус-групи спеціалістів. Так, у 2014 р. спеціалісти мережі ЦСССДМ та ЦСПРДМФО м. Києва (25 осіб) під час проведення фокус-групи визначили соціально-педагогічні компетентності фахівця [4]. У 2019 р. під час проведення нової фокус-групи спеціалістів мережі м. Києва (15 осіб) [4] їх доопрацювали у відповідності до нормативних змін і визначили такі *соціально-педагогічні компетентності фахівця соціальної сфери* під час проведення заходів соціальної роботи та соціальної реабілітації з дітьми та молоддю з інвалідністю та їхніми сім'ями:

- знати та виконувати міжнародне та державне законодавство щодо інвалідності; розуміти принципи рівних прав та можливостей, методологію участі та упроваджувати їх у роботу; розуміти головні аспекти формування інклюзивного суспільства;

- розуміти актуальні проблеми інвалідності в суспільстві, фактори дезадаптації і особливості процесу соціалізації осіб з інвалідністю в різних вікових групах: діти, підлітки, молодь, дорослі, особи похилого віку;

- володіти теоретичними та професійними основами соціальної роботи з дітьми та молоддю з інвалідністю, сім'ями, орієнтуватись в системі соціальних, освітніх, медичних та ін. послуг зазначеній категорії населення у громаді;

- володіти техніками встановлення контакту, проведення бесід і інтерв'ю, консультування, планування дій, проведення індивідуальної та групової роботи, залучати членів сім'ї, дітей та молоді з інвалідністю до реабілітаційних заходів, вміти заповнювати відповідну документацію;

- володіти технологіями роботи: з людиною в кризі, горювання, з прийняття інвалідності; вміти працювати індивідуально і з групами: з сім'єю, з дитячими і молодіжними колективами;

- володіти технологіями подолання дезадаптації, формування соціальних навичок в осіб з інвалідністю різних нозологій; вміти наснажувати і вчити людину з інвалідністю користуватись своїми правами, згуртовуватись на вирішення актуальних питань; знати методи впливу щодо створення умов безбар'єрного середовища;

- володіти технологіями просвітницької роботи, формування терпимості в суспільстві щодо інвалідності;

- поважати самостійність іншої людини, володіти техніками спілкування з особами різних нозологій інвалідності, вміти супроводжувати мало мобільних дітей та молоді з інвалідністю;

- використовувати у спілкуванні коректну мову щодо інвалідності, мати толерантне ставлення до інакшості, позбавлятись власних стереотипів щодо інвалідності, професійно зростати;

- дотримуватись принципів та етичних норм соціальної роботи, механізмів співпраці з різними установами та організаціями для вирішення проблем дітей та молоді з інвалідністю, вміння налагоджувати партнерську взаємодію;

- вміння дбати про себе, свої ресурси, межі; розуміти свої потреби і вміння їх задовольняти; дотримуватись балансу у власному розкладі; розвивати компетенції ненасильницької комунікації; вчитись протягом життя; створювати кола власної підтримки.

Соціально-педагогічна компетентність охоплює особистісні якості спеціаліста і його цінності, ставлення до представників різних груп людей в громаді; його вміння вільно орієнтуватися в соціумі, що постійно трансформується; його знання і здібності вчитися, слідкувати за новітніми професійними відкриттями; максимально використовуючи свої можливості, адаптуючись до вимог суспільства. Варто взяти до уваги, що під час проведення міжнародної конференції «Досвід США з надання соціальних сервісів для сімей, які виховують дітей з інвалідністю», яка відбулась 13–14 червня 2017 року в місті Києві, американські експерти зазначили перспективи розвитку сервісів для осіб з інвалідністю і компетенції для спеціалістів, працюючих в цих сервісах, такі як: *людина понад усе*: змінити своє власне ставлення до інвалідності, не дивитись на розбіжності, всі заслуговують на повагу і гідність; дивитись на людину, а не на інвалідність (бачити її мрії, здібності, особистість тощо); вірити в те, що людина з інвалідністю може покращити свій власний потенціал; допомогти жити повним життям (на що вона спроможна); показати людині своє ставлення, що вона значима, а її життя цінне; допомогти відкрити їй саму себе: хто я? Які цілі? Чого хоче досягти?; *розширення можливостей*: знайти зони, де вони можуть робити вибір (що одягти, що робити); самоусвідомлення, що їхню думку чують і цінують; висловлюватись (свою думку, через одяг); *включення*: у домашню діяльність; при розробці єдиних цілей реабілітації, у діяльність центру реабілітації тощо; спитати їхню думку в рішеннях щодо їх життя; *самостійність*: формувати

навички самостійності; підтримувати в навчанні; підтримувати впевненість; підтримувати їхню дієздатність і говорити, що вірите в них.

Дослідження показало, що перспективи розвитку центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю суттєвим чином обумовлюється *визначенням меж відповідальності між стейкхолдерами послуг*: надавачі послуг, діти та молодь з інвалідністю, батьки чи представники дітей та молоді з інвалідністю. Тому важливе значення варто надати способам формування професійних команд. Таким чином, ми зазначили, що роль спеціаліста сервісної організації має ключову роль. Що на виконання завдань діяльності центрів реабілітації створюються мультидисциплінарні команди. Але ми вважаємо, що залежно від завдань реабілітації особи, рівня реабілітаційної культури родини мають створюватись професійні команди: міждисциплінарна, мультидисциплінарна або трансдисциплінарна. Мультидисциплінарна команда спеціалістів сфокусована на досягнення реабілітаційних цілей, які визначають спеціалісти. Такий тип професійної команди може підійти у випадках низької реабілітаційної культури батьків чи особи з інвалідністю, їхньої низької мотивації до реабілітаційних заходів або в закладах медичної сфери. Міждисциплінарна команда створюється тимчасово із спеціалістів різних організацій і відомств для узгодження дій і колегіальності рішень з питань вирішення ситуації отримувача послуг. Трансдисциплінарна команда об'єднує не лише спеціалістів різних спеціальностей, а і саму особу з інвалідністю і членів її сім'ї до постановки реабілітаційних цілей і їхнього досягнення. Цей вид команди є важливим при здійсненні заходів соціальної реабілітації, так як використовує принцип участі, активності самої особи з інвалідністю, делегує їй частину відповідальності за процес і результат реабілітації.

Важливими є технології залучення батьків до реабілітаційного процесу, які потребують наснаження, збереження, підвищення реабілітаційної культури, прийняття інвалідності дитини, нормалізації життя. Діти та молодь з інвалідністю потребують навчання в питаннях прийняття рішень, залучення в усі аспекти соціального життя. У зв'язку з тим, що технології залучення осіб з

інвалідністю до активності і участі в реабілітаційних процесах в Україні лише розвиваються вважаємо за необхідне приділити увагу межах відповідальності спеціалістів соціальної роботи і реабілітації і отримувача послуги. Розуміння цих меж здійснює профілактику вигорання у спеціалістів, і делегування відповідальності за своє життя в отримувача послуги. Для прикладу, межі відповідальності спеціалістів і отримувачів послуг розглядалися під час проведення фокус-груп спеціалістів мережі ЦСССДМ і ЦСПРДМФО м. Києва в 2019 р., в яких взяли участь 17 осіб, з них: 10 фахівців соціальної роботи, 1 заступник директора районного в м. Києві центру соціальних служб для молоді, 5 директорів ЦСПРДМФО, 1 методист КМЦСССДМ [4; 6]. Результати фокус-групи були презентовані в інформаційно-методичних матеріалах КМЦСССДМ і представлені в табл. 3.4.

Таблиця 3.4.

Межі відповідальності отримувача і надавача послуг

за що відповідає спеціаліст	за що спеціаліст НЕ може відповідати	за що відповідає отримувач послуги
<ul style="list-style-type: none"> • за свій професійний рівень і компетенції, • за достовірність інформації, що надається отримувачу послуг, • за аналіз того, що відбувається в процесі взаємодії з отримувачем послуг і роботи, • за дотримання часових меж, • за дотримання основних правил і принципів надання соціальних і реабілітаційних послуг, • за дотримання етичного кодексу спеціалістів із соціальної роботи і інших спеціальностей, • за роз'яснення отримувачу послуг змісту своєї роботи з ним, • за прояв власних емоцій, характерні реакції, за власну поведінку, усвідомлення власних потреб і глибшого розуміння себе, • поважати незалежність іншої людини, • вміння працювати самостійно і в 	<ul style="list-style-type: none"> • яким чином отримувач послуги буде розпоряджатися отриманою інформацією, • за ті рішення, які приймає отримувач послуг, • за ті почуття, які відчуває отримувач послуг 	<ul style="list-style-type: none"> • за свої рішення, дії та їхні наслідки; • за свій розвиток і вибір життєвої позиції; • за свою реакцію на події свого життя; • за звернення за допомогою чи відмову від неї, • за виконання угоди на отримання послуг і реалізації плану дій чи відмови від послуг; • за повагу прав інших людей, які оточують, • за конструктивне використання допомоги, емоцій, які переживає до/ під час / після роботи зі спеціалістом, <ul style="list-style-type: none"> • за готовність переживати дискомфорт пов'язаний зі змінами, • за виконання чи невиконання рекомендацій спеціаліста, • за застосування нових знань

команді, • займатись власним здоров'ям, сім'єю, розвитком, мати власне життя		і навичок отриманих під час послуги, • досягання чи не досягання поставлених цілей допомоги
---	--	--

Джерело: опрацьовано автором

Актуальним питанням для розвитку центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю визначення *ролі осіб з інвалідністю* в розробці та реалізації реабілітаційних цілей і реабілітаційних заходів та програми. Тому ми вважаємо важливим приділити увагу самим реабілітаційним цілям. Проаналізував наукові статті, літературу, звітну документацію центрів реабілітації ми дійшли висновку, що існують різні погляди спеціалістів на формування реабілітаційних цілей: 1) кожний спеціаліст член професійної команди (різних спеціалізацій) визначає окрему реабілітаційну мету відповідно до результатів діагностування і своєї спеціальності; у деяких випадках узгоджує її з іншими членами професійної команди; 2) спеціалісти професійної команди (різних спеціалізацій) виставляють реабілітаційну мету відповідно до спеціалізації і діагностування, погоджують її на засіданні команди; 3) під час діагностування спеціалісти з'ясовують з батьками або особою з інвалідністю їх запити і планують роботу від результатів діагностування з урахуванням потреб отримувача послуг; 4) особа з інвалідністю та батьки дитини з інвалідністю є повноправними членами команди і беруть участь у визначенні реабілітаційної цілі і індивідуального плану реабілітації. Зазначаємо, що встановлення реабілітаційної мети є важливим інструментарієм у соціальній реабілітації. По-перше, у роботу беруться потреби самої особи і її мотиви; по-друге, відбувається залучення дитини чи молодої людини з інвалідністю до участі і активності у процесі реабілітації; в-третьох, відповідальність за результат розподіляється між всіма учасниками процесу, а не лише на спеціалістах; в-четвертих, з самого початку роботу особи з інвалідністю і батьки мотивовано працюють над досягненням цілей реабілітації, створюють вдома реабілітаційний простір, залучають інших членів родини; в-п'ятих відбувається процес підготовки до самостійного життя (рис. 3.5).



Рис.3.5. Трансдисциплінарний підхід у встановленні реабілітаційних цілей

Джерело: розроблено автором

У випадках, коли реабілітаційні цілі виставляють лише спеціалісти може спостерігатись невиконання особою і батьками домашніх завдань з плану індивідуальної реабілітації, скарги на установу із-за низьких результатів. Це питання потребує додаткових досліджень в Україні. У 2016 р. було опубліковане дослідження Кохрейновський огляд, де зазначається, що визначення єдиних (структурованих) цілей підвищує впевненість у отримувача послуги, підвищує якість його життя і емоційного стану за шкалою оцінки якості життя [282].

Слід зазначити, що самі цілі є предметом досліджень спеціалістів різних галузей. Науковці А. Шмонін, Н. Мальцева, О. Мельнікова досліджували визначення реабілітаційної цілі відповідно до МКФ і з'ясували, що спеціалісти виставляють ціль: 1) ціль реабілітації в цілому; 2) ціль відновлення окремої функції або активності особи, у тому числі для факторів середовища; 3) ціль роботи з даним отримувачем послуги; 4) ціль технології реабілітації; 5) ціль роботи установи чи відділів; 6) ціль послуги (підтримка і допомога); 7) мета медичного втручання. Вони наголосили, що при встановленні реабілітаційної цілі питання допомоги і медичного втручання мають виключатись, а реабілітаційне діагностування (що порушено чи обмежено; що збережено і важливим є для реабілітації; що впливає на реабілітаційний процес) має

відбуватися за категоріями МКФ, де кожний домен визначає відповідальний за напрям спеціаліст. Важливим етапом перед встановленням мети є визначення реабілітаційного потенціалу від кожного спеціаліста. Головна реабілітаційна мета складається з трьох цілей: короткотермінова мета, мета на цей реабілітаційний процес, довготермінова мета з врахуванням реабілітаційного потенціалу. Таким чином сформульовані правила для визначення реабілітаційної мети: мета одна для всіх одна; реабілітаційна мета має терміни; мета встановлюється за SMART-технологією; формується мета доволіно; мета зголошується з отримувачем послуги і має бути зрозумілою для нього [282]. Вважаємо, що впровадження біопсихосоціальної моделі реабілітації в діяльність центрів реабілітації створить природні умови до переходу команд на єдині реабілітаційні цілі і залучення до них осіб з інвалідністю, батьків дітей з інвалідністю.

Наступною позицією є визначення ролі особи з інвалідністю в реабілітаційних програмах і заходах. У біопсихосоціальному моделі реабілітації МКФ і МКФ-ДП включає термін і концепцію *активності* та *участі*, що означає взаємодію в системі «особистість-навколишнє середовище». Чинники навколишнього середовища містять: фізичне, соціальне середовище і середовище взаємовідносин з визначенням бар'єрів та полегшуючих чинників [126; 127]. У цьому підході важливим є взаємодія центра реабілітації і громади, проведення публічних заходів. Для визначення успішності публічного соціального заходу з інтеграції дітей та молоді з інвалідністю центри можуть застосовувати відомий у світі інструмент Роджера А. Харда з визначення рівня участі молоді у прийнятті рішень «Драбина участі» [253, с. 47]. Отож, «драбина» використана як метафорний образ і має вісім сходинок, перші три з них маніпулятивні, не застосовують принцип участі: 1) маніпуляція (найнижча сходинка, де учасники не розуміють змісту заходу, не розуміють своїх дій, не брали участь у розробці концепції заходу і його підготовці, за дітей та молодь все вирішують організатори); 2) декорування (дітей і молодь з інвалідністю використовують для картинки ЗМІ і суспільства); 3) символічний захід або

імітація (дітей чи молодь з інвалідністю призначають, без демократичного обрання, публічно проголосити написаний не ними текст від імені всієї групи дітей чи молоді); сходинки участі у прийнятті рішень: 4) інформування (організатори вирішують концепцію заходу і погоджують її з дітьми та молоддю, роз'яснюють цілі і завдання, їхню роль під час заходу, діти і молодь приймають рішення: брати участь у заході чи ні); 5) консультування (діти та молодь з інвалідністю є консультантами для дорослих, залучені до процесу розробки концепцій і заходів); 6) ухвалення рішень за ініціативи дорослих разом з дітьми та молоддю; 7) ухвалення рішень за ініціативи молоді під керівництвом дорослих; 8) найвища сходинка: ухвалення рішень за ініціативи молоді разом з дорослими на рівних. Соціальні педагоги і працівники соціальної роботи мають володіти технологіями з розвитку активності і участі дітей та молоді, підготовки їх до самостійного життя, набуття ними досвіду демократичних процесів громади і суспільства, відповідальності за власне життя. Інструмент на визначення участі молоді в прийнятті рішень Р. Харта можна застосовувати при розробці не тільки публічних заходів, а і соціальних реабілітаційних програм центрів.

Практичний двадцяти п'ятирічний довід КМЦСССДМ і ЦСПРДМФО м. Києва виопрацював чотири рівні реалізації принципів участі дітей та молоді з інвалідністю в реабілітаційній роботі [170]. Значну частину програм чи заходів ми описували в п. 3.2.

Перший рівень – це мотиваційно-інформаційні заходи, метою яких є перший контакт спеціаліста з сім'єю, яка виховує дитину з інвалідністю, встановлення довірливих стосунків, залучення до реабілітаційної роботи. Це соціокультурні заходи, соціальні акції «Не забудь привітати», «Юнь Києва запрошує», фестиваль «Повіримо у себе», спортивні заходи тощо. Метод соціально-педагогічної роботи: спостереження, наснаження, приклад, перспектива.

Другий рівень заходів – це спеціальні проекти для цільової групи, які націлені на подолання шляху «від залежності до самостійності»,

взаємозалежності, активізації. Це соціальна акція зі створення безбар'єрного середовища «Місто, де зручно всім», філософські клуби, молодіжні навчально-розвивальні ігри (квести), молодіжні клуби з активізації тощо. Метод соціально-педагогічної роботи: навчання дією, гра.

Третій рівень заходів включає підлітків і молодь з інвалідністю у процес планування і проведення соціально-корисних проектів і заходів. Діти та молодь інвалідністю беруть участь заходах як організатори чи лектори: підготовка волонтерів до фестивалю «Повіримо у себе», організація круглих столів і молодіжних форумів, прес-конференції, участь у молодіжному блоці організаторів фестивалю «Повіримо у себе», флеш-моб «Волонтерський виклик», проект «Спікерське бюро». За співпраці з громадськими організаціями (Спілка громадських організацій м. Києва, молодіжною організацією «ГАРТ») активна молодь з інвалідністю влітку відвідувала в Європі молодіжні табори. Метод соціально-педагогічної роботи: організація успіху, фасилітація.

Четвертий рівень заходів є самостійно організовані заходи і проекти без підтримки спеціалістів або незначною участю. Це клуби знайомств, створені громадські організації, майстер-класи, акції зі здійснення мрій дітей та молоді з інвалідністю. Методи соціально-педагогічної роботи: заохочення, спостереження. Багаторічний практичний досвід засвідчує реалістичність застосування принципу участі в реабілітаційній і соціальній роботі. Варто зазначити визначення ефективності соціального включення канадських спеціалістів (К. Галік, Л. Галік), які визначають *шість вимірів соціального включення* осіб з інвалідністю: 1) бути прийнятим і визнаним в якості особистості; мати особисті взаємини з сім'єю, друзями, знайомими; 2) бути включеним у дозвілля, відпочинок та інші суспільні заходи; 3) мати належне житло; 4) мати роботу; 5) мати формальну, і 6) неформальну підтримку [44].

У нашому дослідженні ми розглянули важливі елементи підвищення ефективності роботи центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю: це цінності і місія реабілітаційних центрів; ключова роль спеціаліста реабілітаційної установи; це роль і можливість зміни моделі професійної

команди, залежно від завдань реабілітації; це постановка єдиної реабілітаційної цілі з залученням осіб з інвалідністю; це межі відповідальності спеціаліста і отримувача послуги, це індикатори активної участі дітей та молоді з інвалідністю публічних заходів у соціальному середовищі.

Оцінкою перспективного розвитку якості надання послуг центрами реабілітації може слугувати розроблені нами *Критерії оцінювання розвитку центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю в громаді*. Орієнтирами створення оцінки для нас слугували Стратегія ООН з включення осіб з інвалідністю [263], рекомендації ВООЗ з планування заходів щодо інвалідності [247; 80], рекомендації тематичних доповідей Комісара Ради Європи з прав людей [271], рекомендації країнам Східної Європи А. Уорта з перегляду правових норм і підтримки в громадах людей з ментальною інвалідністю [267], рекомендації Комітету ООН з прав осіб з інвалідністю для України [192], тематичних парламентських слухань Верховної Ради України [211; 214; 233]. Означене має такі складові: міжнародні вимоги до реабілітації (нормативно-правова база, світовий досвід), національні вимоги до реабілітації (модель реабілітації, технології, підготовка спеціалістів, участь осіб з інвалідністю), реабілітація на рівні громади (можливості громади в питаннях здоров'я, освіти, самозабезпечення, соціальних питань, розширення прав та можливостей). У центрі моделі є особа з інвалідністю, в якій є вибір самостійно приймати рішення, індивідуальні послуги підтримки і доступні громадські послуги відповідно до потреб.

На рис. 3.6. схематично представлено критерії оцінювання розвитку центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю в громаді.

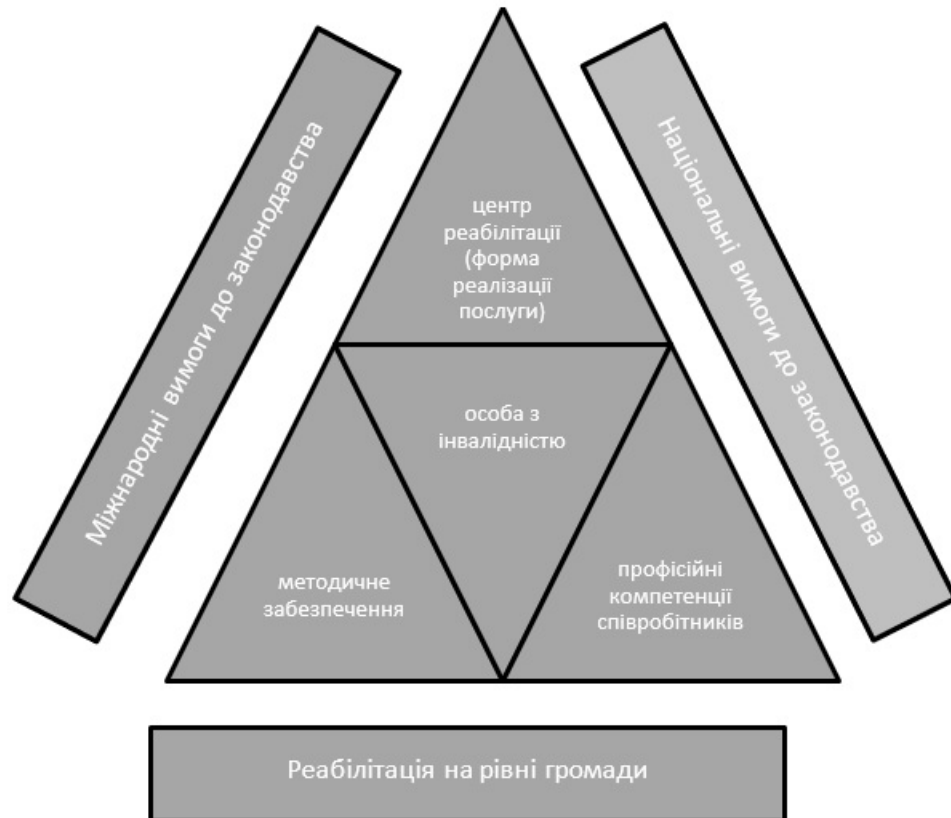


Рис. 3.6. Критерії оцінювання розвитку центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю в громаді

Джерело: розроблено автором

Критерії оцінювання розвитку центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю здійснюється на перетині трьох складових: міжнародних вимог, національних вимог та місцевих умов та можливостей надання реабілітаційних послуг. Якість надання послуг обумовлюється рівнем фахової підготовки надавачів послуг (професійні компетентності), методичним забезпеченням послуг та доцільності вибору форми надання послуги. Центр виступаючи вищою формою надання соціальної послуги може суттєвим чином підвищувати її якість, засобом накопичення ресурсів (людських, матеріальних, методичних) та ефективною організацією роботи.

Згідно з принципом доступності потреба у громаді щодо форми надання реабілітаційних послуг може змінюватися, набуваючи форми від окремої реабілітаційної послуги чи програми до окремої служби (центру як установи).

Оцінка потреб на реабілітаційні послуги буде визначати запит на форму їхньої реалізації. Кожна з форм є динамічною і може трансформуватися одна в іншу згідно з потребами громади. Жорстке адміністративне закріплення будь якої з форм буде посилювати стигматизуючі процеси суспільства і обмежувати розвиток інтеграційних процесів. Вважаємо перспективним напрямом розвиток реабілітації на рівні громади.

Реформи соціальної політики щодо реабілітації дітей та молоді (осіб) з інвалідністю мають враховувати міжнародні і національні вимоги з трансформування системи інституційних послуг до послуг, що надаються в громаді; створення рівних умов для життя в громаді дітей та молоді з інвалідністю, підтримки сімей, які виховують дітей з інвалідністю; розробка на рівні громад системи послуг для осіб з інвалідністю протягом життя, особлива увага підліткам і молоді з інвалідністю; створення механізму для участі в громадських заходах людей з інвалідністю та їхніх сімей; обмін досвіду кращими практиками і розвиток зв'язків з експертами; перегляд і планування соціальних програм і послуг у відповідності до принципів і ст.19 КПП; введення моніторингу і оцінки в систему реабілітаційних центрів з метою підвищення якості послуг; покращити механізм збору даних і дозволити мати доступ до них центрам реабілітації; створення механізму для періодичного перегляду плану дій та національної стратегії.

Враховуючи вищесказане, вважаємо за необхідне виділити *основні перспективи розвитку діяльності центрів реабілітації для дітей та молоді з інвалідністю* в сучасному українському соціумі, умовно розділивши їх на декілька груп, такі як: відповідальність, повага до особистості, інклюзивне суспільство, командний підхід, єдина інформаційна мережа реабілітаційних послуг, постійно діючих навчальних заходів, впровадження спеціалізацій у підготовку фахівців, дослідницька робота, моніторинг і оцінка:

1. Актуалізація меж *відповідальності* суб'єктів соціальної реабілітації дітей та молоді з інвалідністю у центрах реабілітації, де кожний учасник розділяє відповідальність за процес реабілітації; впроваджують принцип участі

і єдиних реабілітаційних цілей; визначено роль самої людини з інвалідністю у прийнятті рішень у процесі реабілітаційних заходів; визначена відповідальність кожного працівника закладу за характеристиками, такі як: фахівець відповідає за якість наданої послуги, фахівець докладає всіх зусиль для формування людини з інвалідністю відповідальності за своє життя, фахівець сприяє формуванню відповідальності у батьків та інших членів сім'ї за виховання, розвиток і реабілітацію, задоволення потреб дитини з інвалідністю.

2. Наступною перспективою розвитку діяльності центрів реабілітації для дітей та молоді з інвалідністю, було врахування системи *цінностей* суб'єктів соціальної реабілітації, яка включає *повагу до особистості і її гідності* за принципом: спочатку дитина (особа), а потім інвалідність.

3. Не менш значущою перспективою розвитку діяльності центрів реабілітації для дітей та молоді з інвалідністю є запровадження *інклюзивного підходу* у діяльність центрів реабілітації (проведення просвітницької роботи з подолання стереотипів у суспільстві, впровадження програм включення дітей і молоді з інвалідністю в суспільство, формування оптимістичного мислення).

4. Наступною перспективою розвитку діяльності центрів реабілітації для дітей та молоді з інвалідністю є *делегування права професійним командам* центрів реабілітації визначати її форму (міждисциплінарні, мультидисциплінарні, трансдисциплінарні тощо) у відповідності до потреб і можливостей осіб з інвалідністю, завдань їх реабілітації; закріплення цього права нормативно.

5. Визнання *ключової ролі спеціаліста* у наданні якісних послуг як носіїв цінностей парадигмальних змін; здійснення заходів з профілактики професійних захворювань фахівців центрів та розвиток їх соціально-педагогічних компетентностей.

6. Створення *єдиної інтегрованої інформаційної мережі* щодо надання *реабілітаційних послуг* дітям та молоді з інвалідністю та громаді.

7. Організація та проведення *постійно діючих освітніх заходів*, обмін досвідом роботи без відриву від виробництва для спеціалістів центрів

реабілітації дітей та молоді з інвалідністю з метою підвищення ефективності послуг.

8. Запровадження у професійну підготовку фахівців соціальної сфери в закладах вищої освіти *інноваційних спеціалізацій* щодо соціальної реабілітації дітей та молоді з інвалідністю, підтримки їхніх сімей.

9. Організація та проведення *дослідницької роботи* щодо напрацювання інноваційних практик у діяльності центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю.

10. Проведення *моніторингу і оцінки* якості надання послуг в центрах реабілітації дітей та молоді з інвалідністю, внесення відповідних змін у систему надання реабілітаційних послуг тощо.

Наголосимо, що в будь-якій перспективі розвитку діяльності центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю необхідна ресурсна, фінансова, методична підтримка. Зауважимо, що необхідний інноваційний підхід у просуванні розвитку діяльності центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю від розробки корпоративної культури до створення мережі цінностей, які будуть осмислені і розділені кожним співробітником.

На загальних зборах Міжнародної ради з питань соціального добробуту у жовтні 2016 року прийнято документ «Роль соціальної роботи в системі соціального захисту населення: загальне право на соціальний захист», який складається із двох частин. У першій йдеться про необхідність мати доступ до компетентних систем соціального захисту всім особам, у разі потреби, без винятку. Друга частина спрямована на підвищення ролі фахівця із соціальної роботи, що працює з людьми. Важливий акцент у документі робиться на тому, що системи соціального захисту не замінюють відповідальності сімей і громад як перших захисників, а швидше за все забезпечують доступ до послуг і стають підтримкою для людей зрозуміти свої права і навчитися демократично формувати своє оточення.

Доцільно взяти до уваги, що у світі щоденна робота соціальних працівників складається з: зміцнення солідарності між людьми; заохочення

людей до турботи про інших; залучення людей поважати права інших людей; зміцнення солідарності всередині сім'ї, громади, суспільства [236; 46].

Таким чином, розвиток діяльності центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю є вкрай необхідним в умовах сьогодення, оскільки дає відповіді на виклики часу. Але сама форма може змінюватись залежно від розвитку потреб громад і осіб з інвалідністю: окремих послуг, реабілітаційних програм і центрів. Проведений аналіз практичного досвіду розвитку центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю свідчить про реалістичність реалізації у соціальній роботі. А відтак, є необхідним здійснення підготовки спеціалістів і створення відповідних умов для розкриття потенціалу дітей та молоді з інвалідністю, підготовки їх до самостійного життя, участі в житті суспільства. Урахування виокремлених у дисертації перспектив розвитку діяльності центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю принесе суспільству економічні і соціальні дивіденди, зокрема, створення умов для самостійних активних дій людей, які вміють вирішувати власні проблеми і допомагати іншим або жити в громаді з незначною підтримкою спеціалістів.

Висновки до розділу 3

Дослідженням встановлено, що у місті Києві діють заклади реабілітації за такими напрямками: медична, медико-соціальна, соціальна, психолого-педагогічна, професійна, трудова, фізкультурно-спортивна а також змішаного типу. Робота закладів є підпорядкованою різним міністерствам та відомствам та недержавному сектору, що обумовлює контингент населення, який вони обслуговують. Даний факт може вказувати на необхідність перегляду системи надання реабілітаційних послуг і введення нових критеріїв для оцінки їхньої ефективності на рівні громади, особи та сім'ї. Це має реалізуватися за об'єктивними показниками змін середовища громади щодо його доступності, цільового спрямування реабілітаційних послуг згідно запитів особи та на рівні

суб'єктивних оцінок щодо набуття здатності до самостійного функціонування та самозабезпечення як осіб з інвалідністю, так і її сім'ї.

Ретроспективний огляд новостворених за часів незалежності України центрів соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з інвалідністю в місті Києві дозволив прослідкувати їх становлення, соціально-педагогічну роботу, реабілітаційні практики, що відповідає раніше вже описаних чотирьох етапів розвитку. 1) пострадянського спадку - 1991 рік, 2) варіативного розвитку (державні та громадські ініціативи) - 1991-1999 рр., 3) нормування соціальних практик щодо реабілітації дітей та молоді з інвалідністю – 2000-2006 рр. 4) центри як служби надання якісних та доступних послуг в умовах децентралізованого державного управління – з 2007 року – по даний час.

На етапі *«варіативного розвитку»* (1991–1999 рр.) соціальні і реабілітаційні послуги надавались ССМ відділами соціальної опіки молоді за спеціально розробленими соціальними програмами. До реалізації програм активно залучались молодь-волонтери з числа звичайних ровесників з дитячого громадського руху м. Києва, рідних братів і сестер дітей і молоді з інвалідністю. Програми ставили за мету подолання соціальної ізоляції, адаптації, соціалізації і інтеграції в суспільство дітей та молоді з інвалідністю.

На етапі *«нормування соціальних практик»* (2000-2007 рр.) інтеграційні реабілітаційні програми об'єднались в комплекс *«Разом заради розвитку»*, що слугувало відкриттям спеціалізованого формування (2001) соціально-реабілітаційного центру для дітей та молоді з функціональними обмеженнями за розпорядженням КМДА. Центри мали окремі приміщення і фінансували центри громадських організацій. В 2002 році за наказом Державного комітету молодіжної політики, спорту і туризму України створено спеціалізовані соціальні служби *«Центри соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями»*, в яких працює мультидисциплінарна команда спеціалістів. Центр надає індивідуальні і групові послуги, залучає волонтерів до діяльності. В 2007 році за Постановою Кабінету Міністрів центри стають закладами соціального захисту і відокремлюються від районних

соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді. Мережу спеціалізованих соціальних служб і закладів з організаційно-методичного забезпечення здійснює Київський міський центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді.

На етапі *«центри як служби надання послуг в громаді»* (2007 по даний час) центри продовжують працювати як спеціалізовані соціальні служби і заклади соціального захисту. З кожним роком кількість ССС зменшується, в 2019 році закрито останню програму в Дніпровському районі міста Києві, в окремому приміщенні продовжують працювати Шевченківський район міста. ЦСПРДМФО як установи працюють в Дарницькому, Деснянському, Оболонському, Подільському, Солом'янському районах.

Встановлено, що в процесі розбудови центрів надання послуг в громаді їх становлення відбувалося за принципом об'єднання програм. Першими соціальними програмами були програми на зниження ризиків соціальної ізоляції; другими – підготовка волонтерів до роботи в умовах інклюзивного суспільства та захисту прав дітей та молоді з інвалідністю; далі – програми підтримки батьківсько-громадських батьківських рухів з питань реабілітації та захисту прав дітей та молоді з інвалідністю; програми психолого-педагогічної підтримки членів сімей дітей та молоді з інвалідністю; соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді, які не навчались в освітніх закладах або їх закінчили; програми соціокультурної діяльності та інтеграції дітей та молоді з інвалідністю в суспільство; спортивно-фізкультурна активність; формування навичок соціальних компетентностей та самостійного життя; діагностично-корекційно-розвиткового напрямку; профорієнтація; програми включення.

Визначено, що критеріями оцінки розвитку надання реабілітаційних послуг Центрами реабілітації дітей та молоді з інвалідністю та перспективних напрямів можуть виступати: принципи Конвенції ООН про права осіб з інвалідністю (автономія, недискримінація, співучасть, свобода вибору, рівні можливості, доступність, гендерна рівність, повага до здібностей); цінності надання соціально-педагогічних послуг (відповідальність, повага до особистості, інклюзивне суспільство, командний підхід); дотримання меж задля

збереження самостійності у системі «надавач-отримувач послуги» та визначенням меж відповідальності між стейкхолдерами послуг; концепція активності та участі, що означає взаємодію в системі «особистість-навколишнє середовище»; участь дітей та молоді з інвалідністю у прийнятті рішень. Ці критерії передбачають співставлення потреб та реабілітаційних запитів особи з інвалідністю у громаді зі двома контурами задач, де перший включає: міжнародні норми та вимоги; національне законодавство у системі прав осіб з інвалідністю у тому числі дітей та молоді, середовищні умови громади; другий: відповідність запиту формі реалізації (підтримка, програма, служба), методичне забезпечення та компетентності працівників.

Центри реабілітації є проміжним етапом в формуванні реабілітації на рівні громади, їх не можна розглядати як кінцевий результат. Система реабілітаційних послуг має формуватися від потреб людей з інвалідністю, їх сімей і громади, в якій вони проживають. Змістовно-технологічна діяльність центрів є обмовленою домінуючою реабілітаційною моделлю. Перспективним напрямком розвитку ЦРДМІ є їх орієнтованість на потреби громади і надання послуг у умовах сімейного проживання в громаді.

Результати вивчення окресленої проблеми опубліковано в таких публікаціях автора: [156; 157; 161; 162; 165; 167; 168; 169; 170]

ВИСНОВКИ

У дисертації здійснено цілісний теоретичний аналіз соціально-історичних та парадигмальних змін у процесі розвитку центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю в системі надання соціальних послуг в Україні (1991–2020), визначено перспективи розвитку центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю. Результати проведеного дослідження засвідчили ефективність розв'язання поставлених завдань і дали підстави для формулювання висновків.

1. За результатами теоретичного аналізу основних понять дослідження здійснено соціально-історичний та парадигмальний аналіз концептуальних підходів щодо розбудови системи реабілітаційних послуг.

З'ясовано, що незалежно від напрямку функціонування, реабілітаційні центри, як організаційні структури соціальних інститутів, виступають суб'єктом діяльності, що формують зв'язки між індивідом та спільнотою засобом надання та розвитку в громаді реабілітаційних послуг, що забезпечують у людей відчуття стабільності й захищеності.

Визначено, що реабілітаційні послуги є предметом міждисциплінарних досліджень: медицини, права, державного управління, психології та соціальної педагогіки і соціальної роботи, що передбачає їхнє врахування в міждисциплінарному контексті дослідження.

Уточнено сутність поняття «центр реабілітації дітей та молоді з інвалідністю», що в дисертації розглядається як інтеграційний компонент до складу якого входять: різнопрофільні фахівці, які мають відповідну освіту і кваліфікацію, володіють реабілітаційними технологіями, розвивають свої компетенції, мають сформоване відношення до інвалідності; змістово-методичне забезпечення реабілітаційної діяльності центрів; реабілітаційні (абілітаційні) програми і підходи з питань підготовки до самостійного життя і включення дітей та молоді з інвалідністю в суспільство.

2. Виокремлено та охарактеризовано етапи розвитку центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю в період незалежності України, створено

типологію реабілітаційних закладів, розширено їхню класифікацію. Доведено, що система центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю в період незалежності України складалася у зміні таких етапів: пострадянський спадок (1991–1992), варіативного розвитку (державні та громадські ініціативи) (1992–2000), нормування соціальних практик щодо реабілітації дітей та молоді з інвалідністю (2000–2007), розбудови центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю як служб надання якісних та доступних послуг в умовах децентралізованого державного управління (2007 – до нині)). Установлено, що четвертий етап (розбудови центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю) не отримав очікуваного завершення і був пролонгований у низці заходів реформи соціальних послуг (розпочата у 2007), деінституалізації закладів державного утримання дітей та молоді з інвалідністю (2009), децентралізації державного управління та розбудови громадянського суспільства (2014).

3. Проаналізовано змістово-організаційну діяльність центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю. Виявлено продуктивні реабілітаційні практики роботи з дітьми та молоддю з інвалідністю, які визначали діяльність центрів реабілітації, а саме: розвиток дітей з інвалідністю, інклюзивний підхід (взаємодія дітей різної інвалідності зі звичайними ровесниками-волонтерами), активна участь, майданчик змін ставлення до розуміння інвалідності, відповідальність і самостійність.

З'ясовано, що основний зміст діяльності центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю складають такі напрями, як: діагностично-корекційний; розвиток дітей та молоді з інвалідністю; формування навичок соціальних компетентностей та самостійного життя; розвиток творчих здібностей; фізкультурно-спортивна активність; соціокультурна діяльність; профорієнтація; психолого-педагогічна підтримка членів сімей дітей та молоді з інвалідністю; волонтерська робота; соціалізація і програми включення.

4. Визначено перспективи розвитку центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю в системі надання соціальних послуг в Україні: актуалізація меж відповідальності суб'єктів соціальної реабілітації дітей та молоді в центрах

реабілітації з дотриманням принципу участі і єдиних реабілітаційних цілей; врахування системи цінностей суб'єктів соціальної реабілітації; запровадження інклюзивного підходу в діяльність центрів реабілітації; делегування права професійним командам центрів реабілітації визначати її форму; визнання ключової ролі спеціалістів у наданні якісних послуг і носіїв цінностей парадигмальних змін; здійснення заходів з профілактики професійних захворювань фахівців центрів та розвиток їхніх соціально-педагогічних компетентностей; створення єдиної інтегрованої інформаційної мережі надання реабілітаційних послуг дітям та молоді з інвалідністю у громаді; організація та проведення постійно діючих освітніх заходів, обмін досвідом роботи спеціалістів центрів реабілітації; запровадження у професійну підготовку фахівців соціальної сфери в закладах вищої освіти інноваційних спеціалізацій; організація та проведення дослідницької роботи щодо напрацювання інноваційних практик; проведення моніторингу і оцінки якості надання послуг у центрах реабілітації дітей та молоді з інвалідністю тощо.

Проведене дослідження не претендує на повноту та вичерпність розгляду досліджуваної проблеми. Потребують подальшого вивчення питання функціонування різних організаційних форм (індивідуальна підтримка програми та центри) надання реабілітаційних послуг дітям та молоді з інвалідністю на рівні громад не лише окремої адміністративної одиниці, а України в цілому, а також вивчення особливостей застосування соціального замовлення як засобу уможливлення наближення реабілітаційних послуг до їхніх користувачів та розбудови саме якісних послуг, залучення дітей та молоді з інвалідністю та членів їхніх сімей до постановки єдиних реабілітаційних цілей. Продовженням цієї роботи може бути дослідження парадигмальних змін у свідомості фахівців з надання реабілітаційних послуг.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Алексєєнко Т. Ф. Концептуалізація соціально-педагогічної підтримки родин з дітьми інвалідами. *Адукація і виховання*. Снежань, 2014. № 12. С. 67-73.
2. Алексєєнко Т. Ф. Соціалізація особистості: можливості й ризики : науково-метод. посіб. Київ, 2007. 152 с.
3. Алексєєнко Т. Ф. Реабілітація. *Енциклопедія для фахівців соціальної сфери*. І. Д. Зверєва, Т. Ф. Алексєєнко, Т. М. Басюк [та ін.]; за заг. ред. проф. І. Д. Зверєвої. Сімферополь : Універсум, 2012. С. 168-171.
4. Архів міських програм 1997-2020. Пап. № 4.2, 4.4.3., 4.4.4, 6.3, 6.4, 6.5 / Київ. міський центр соц. служб для сім'ї, дітей та молоді. Київ.
5. Архів партнерських організацій 1996-2020. Пап. № 5.2, 5.3., 5.4., 5.5., 5.6. / Київ. міський центр соц. служб для сім'ї, дітей та молоді. Київ.
6. Архів ЦСПРДМФО 1997-2020. Пап. № 1.1, 1.2, 1.3, 1.4, 1.5, 1.6, 2.7, 2.8, 2.9, 2.10, 2.11, 2.12, 3.13 / Київ. міський центр соц. служб для сім'ї, дітей та молоді. Київ.
7. Асоціація психіатрів України : вебсайт. URL: <https://ukrpsychiatry.org/> (дата звернення: 21.01.2021).
8. Байда Л. Ю., Павлова Є. Л, Іванова О. Л. Формування політики раннього втручання : тренінг. мод. Київ, 2017. 62 с.
9. Байда Л., Красюкова-Енс О. Інвалідність та суспільство : навч. посіб. Київ, 2012. 184 с.
10. Бахтєєв Р. А., Остролуцька Л.І. Розвиток соціальної роботи з сім'ями, дітьми та молоддю з інвалідністю в період реформування соціальної сфери (з досвіду мережі центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді та центрів соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями м. Києва) : інформаційно-методична збірка. Дніпро: Середняк Т. Київ, 2020. 116 с.
11. Бацман О. Реабілітація осіб із функціональними обмеженнями здоров'я: ефективність діяльності реабілітаційних центрів. *Соціально-гуманітарні науки, економіка, право : нові виклики, практика інновацій* : матеріали Міжнар. наук.-практ. конф., 21-22 квітня 2016 р., м. Полтава. С. 33–45.

12. Бевз Г. М. Прийомна сім'я: соціально-психологічні виміри : монографія. Київ : Слово, 2010. 352 с.
13. Безпалько О. В. Соціальна педагогіка: схеми, таблиці, коментарі : навч. посіб. Київ : Центр учбової літератури, 2009. 208 с.
14. Безпалько О. В. Центр соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями. *Енциклопедія для фахівців соціальної сфери*. І. Д. Зверєва, Т. Ф. Алексеєнко, Т. м. Басюк [та ін.]; за заг. ред. проф. І. Д. Зверєвої. Сімферополь : Універсум, 2012. С. 476-478.
15. Бейкер Б. Л., Брайтман Д. А. Путь к независимости : обучение детей с особенностями развития бытовым навыкам / пер. с англ.: Л. Шихирева, Н. Грозный. США, 1997. 235 с.
16. Бергер П., Лукман Т. Социальное конструирование реальности. Трактат по социологии знания. М. : Медиум, 1995. 323 с.
17. Бідність та нерівні можливості дітей в Україні / Л. М. Черенько, С. В. Полякова, А. Г. Реут та ін.; за ред. Е. М. Лібанової. Київ : Ін-т демографії та соц. досліджень НАН України ; Дитячий фонд ООН (ЮНІСЕФ) ; Укр. центр соц. реформ, 2009. 288 с.
18. Бісмак О. Особливості організації діяльності реабілітаційних закладів в Україні. *Освітологічний дискурс*. 2015. № 4(12). С. 1–12.
19. Благодійна установа «Дім самостійного життя». *Львів соціальний* : вебсайт. URL: <https://social.lviv.ua/ngo/perelik-gromadskykh-organizacij/blagodiyna-ustanova-dim-samostiyno/> (дата звернення: 21.01.2021).
20. Благодійне товариство допомоги особам з інвалідністю внаслідок інтелектуальних порушень «Джерело» : Історія становлення. *Навчально-реабілітаційний центр «Джерело»* : вебсайт. URL: <http://www.djerela.org/index.php/uk/pro-nas/istoriya-stvorenniya> (дата звернення: 21.01.2021).
21. Благодійний фонд «АІК» : вебсайт. URL: <http://www.aik.ua/> (дата звернення: 21.01.2021).
22. Богданов С. Соціальний захист інвалідів. Український та польський досвід / наук. ред. О. М. Палій. Київ : Вид-во Соломії Павличко «Основи», 2002. 93 с.

23. Богінська Ю. В. Теорія та практика соціально-педагогічної підтримки студентів з обмеженими можливостями життєдіяльності у вищих навчальних закладах : автореф. дис. ... д-ра пед. наук : 13.00.05. Луганськ, 2013. 44 с.
24. Бук М. Інвалідність як підстава соціального обслуговування. *Вісник Львів. університету*. Серія юридична. 2004. Вип. 60. С. 221–226.
25. Бурова Г. В. Життєві стратегії студентської молоді з функціональними обмеженнями здоров'я: соціологічні аспекти : дис. ... канд. соц. наук : 22.00.44. Харків, 2010. 196 с.
26. Бутенко Н. Структура сімейних уявлень про дитячу інвалідність. *Актуальні проблеми психології* : зб. наук. пр. Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. Житомир : Вид-во ЖДУ ім. І. Франка, 2018. Т. 7: Екологічна психологія. Вип. 45. С. 28–39.
27. Великий тлумачний словник сучасної української мови : Близько 250 000 слів / укл. та гол. ред. Олег Єрошенко. – Донецьк : Глорія Трейд, 2012. 864 с.
28. Вербець В., Субот О., Христюк Т. Соціологія : навч. посіб. Київ : Кондор. 2009. 550 с.
29. Веретенко Т. Г. Роль мультидисциплінарної команди в оказанні соціальних услуг семьям, воспитывающим детей с особенными потребностями. *Развитие медицинских и социальных услуг для людей с инвалидностью в Таджикистане : практические советы*. 2012. С. 26–35. URL: https://elibrary.kubg.edu.ua/id/eprint/318/1/T_Veretenko_RMS_2012_SP%26KO_IP_SP.pdf (дата обращения: 12.03.2021).
30. Вилкен Ж. П., Холландер Д. Восстановление и реабилитация. Комплексный подход. М. : Глобальная инициатива в психиатрии, 2011. 296 с.
31. Вовкогон Ю. Ю. Інституційний підхід до вивчення соціальних явищ. *Грані*. 2011. № 3(77). С. 91–95.
32. Ворен (ван) Р. Холодная война в психиатрии. Здравый смысл и его враги. Киев, 2017. 536 с.
33. Всемирная программа действий в отношении инвалидов : Організація Об'єднаний Націй від 3 грудня 1982 р. База даних «Законодавство України» /

- ВР України. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_427#Text (дата звернення: 21.01.2021).
34. Всемирный доклад о инвалидности. *Всемирная организация здравоохранения* : веб-сайт. URL: https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/ru/ (дата обращения: 21.01.2021).
35. Всесвітня Організація Охорони Здоров'я : вебсайт. URL: <https://www.who.int/ru> (дата звернення: 21.01.2021).
36. Всеукраїнська громадська організація «Коаліція захисту прав інвалідів та осіб з інтелектуальною недостатністю» : вебсайт. URL: <http://cd-platform.org/community/949-vseukrainska-hromadska-orhanizatsiia-koalitsiia-zakhystu-prav-invalidiv-ta-osib-z-intelektualnoiu-nedostatnistiu/profile> (дата звернення: 21.01.2021).
37. Всеукраїнська громадська організація інвалідів «УТОГ» : вебсайт. URL: <https://utog.org/> (дата звернення: 21.01.2021).
38. Всеукраїнська громадська організація людей з інвалідністю «УТОС» : вебсайт. URL: <http://cputos.org.ua/> (дата звернення: 21.01.2021).
39. Всеукраїнська організація «Союз організацій осіб з інвалідністю України» : Історія створення : вебсайт. URL: <https://soiu.com.ua/yastoryaya-stvorenniya> (дата звернення: 21.01.2021).
40. Всеукраїнське громадське об'єднання «Національна асамблея людей з інвалідністю» : вебсайт. URL: <https://naiu.org.ua/> (дата звернення: 21.01.2021).
41. Всеукраїнське об'єднання осіб з інвалідністю «Група активної реабілітації» : вебсайт. URL: <https://gar.org.ua/> (дата звернення: 21.01.2021).
42. Гавра Д. П. Социальные институты. *Социально-политический журнал*. 1998. № 2. С. 123–132.
43. Гайлюс Ж., Малинаускас Д., Петкаускас Д., Рагаускас Л. Руководство для работающих с группами молодежи : Опыт неформального обучения в Литве. Варшава, 2013. 153 с.
44. Галік К., Галік Л. Вторинний травматичний стрес: причини, наслідки та способи самопомоги : роздат. матер. уч. трен. Київ, 2015. 42 с.

45. Глоба О. П. Соціальна інтеграція осіб з обмеженими функціональними можливостями: теоретико-практичні підходи. *Наук. часопис НПУ імені М. П. Драгоманова*. Серія 19: Корекційна педагогіка та спеціальна психологія, 2011. Вип. 17. С. 43–46.
46. Глобальне визначення соціальної роботи : Міжнар. документ. URL: http://cdn.ifsw.org/assets/ifsw_64406-5.pdf (дата звернення: 21.01.2021).
47. Голленвегер Дж. Визначення та класифікація інвалідності. Вебінар 2: Супровідний технічний буклет / Дитячий фонд Організації Об'єднаних Націй (ЮНІСЕФ). 2014. 36 с.
48. Грабовенко Н. В. Соціально-педагогічна робота з сім'ями, що виховують дітей з обмеженими фізичними можливостями, в умовах реабілітаційного центру : автореф. дис. ... канд. пед. наук : спец. 13.00.05 – «Соціальна педагогіка». Київ, 2008. 20 с.
49. Гусак Н. Є. Інституціоналізація соціальної реабілітації в українському суспільстві : дис. ... канд. пед. наук : 22.00.04. Київ, 2013. 226 с.
50. Дежарле Р., Айзенберг Л., Гуд Б., Кляйман А. Охорона психічного здоров'я у світі: проблеми та пріоритети в країнах, що розвиваються. Київ : Сфера, 2001. 575 с.
51. Декларація о правах інвалідів : от 09.12.1975. База даних «Законодавство України» / ВР України. URL: http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/995_117 (дата звернення: 21.01.2021).
52. Державна доповідь про становище дітей в Україні (за підсумками 2011 року) / С. Ю. Аксьонова, М. Ю. Варбан, О. А. Васильєв та ін. Київ : 2012. 188 с.
53. Державна доповідь про становище дітей в Україні «Реалізація конвенції ООН про права дитини в Україні : досягнення, проблеми, перспективи : за період 2009-2016 рр. / кер. авт. кол. О. М. Балакірева ; Міністерство соціальної політики України. 2016. 164 с.
54. Державний центр соціальних служб для молоді України. Київ, 2004. 28 с.
55. Дехтяренко Т. М. Корекційно-реабілітаційна діяльність: стратегія управління : монографія. Суми : Університетська книга, 2011. 403 с.

56. Деякі питання діяльності центрів соціальних служб : Постанова Кабінету Міністрів України від 1 червня 2020 р. № 479. *База даних «Законодавство України»* / ВР України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/479-2020-%D0%BF#Text> (дата звернення: 21.01.2021).
57. Деякі питання забезпечення фізкультурно-спортивної реабілітації та розвитку спорту інвалідів : Постанова Кабінету Міністрів України від 03 груд. 2009 р. № 1351. *Кабінет Міністрів України* : Урядовий портал. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/243215055> (дата звернення: 21.01.2021).
58. Доповідь про життя дітей-інвалідів для спеціальної сесії Генеральної Асамблеї ООН з проблем дітей. Нью-Йорк : ООН, 2001. 73 с.
59. Дотримання прав дітей у будинках інтернатах Міністерства праці та соціальної політики України : звіт за результатами громад. моніторингу Київ, 2010. URL: <https://www.irf.ua/files/ukr/programs/rol/budynki-internaty.pdf> (дата звернення: 21.01.2021).
60. Дробат О. С. Концепция независимой жизни как форма интеграции инвалидов в современном мире. *Ученые заметки ТОГУ*. 2011. Т. 2, № 1. С. 22–27.
61. ДУ «Державного інституту сімейної та молодіжної політики» : вебсайт. URL: <https://dismp.gov.ua/diyalnist/naukova-diyalnist/dopovidi/molod/> (дата звернення: 21.01.2021).
62. Енциклопедія для фахівців соціальної сфери / заг. ред. проф. І. Звереві. Київ, Сімферополь : Універсум, 2012. 536 с.
63. Європейська соціальна хартія : ред. від 07.09.2016. *База даних «Законодавство України»* / ВР України. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_062#Text (дата звернення: 21.01.2021).
64. Єжова Т. Є. Соціальна реабілітація дітей з інвалідністю : навч. посіб. Київ : Київ ун-т імені Бориса Грінченка, 2011. 284 с.
65. З турботою про людей протягом десятиріч. Історія створення системи соціального захисту населення Миколаївської області : Історичний нарис / ред. О. В. Сивопляс. Миколаїв, 2013. 191 с.

66. За пределами ухода общества / заг. ред. Р. Шуламит. Амстердам–Київ, 1996. 223 с.
67. Забезпечення прав дітей з особливими потребами : Держ. темат. доповідь про становище дітей в Україні (за підсумками 2006 року) / уклад. А. В. Толстократова ; Міністерство України у справах сім'ї, молоді та спорту. Київ : Гопак, 2007. 160 с.
68. Загальне положення про центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді : Постанова Кабінету Міністрів України від 27 серп. 2004 р. № 1126. *Кабінет Міністрів України* : Урядовий портал. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/8192840> (дата звернення: 21.01.2021).
69. Зайнятість молоді з функціональними обмеженнями / О. О. Яременко, К. П. Бондарчук, Н. М. Комарова та ін. / Держ. ін.-т проблем сім'ї та молоді. Київ, 2003. 139 с.
70. Захист дітей, які потребують особливої уваги суспільства : стат. збірник / Державний комітет статистики України. Київ, 2011. 79 с.
71. Захист прав дітей в умовах децентралізації влади в Україні. Щорічна державна доповідь про становище дітей в Україні за підсумками 2019 року / ДУ «Державний інститут сімейної та молодіжної політики». Київ, 2020. – 160 с.
72. Зборовський К. Є. Групи самопомоги в технології соціальної реабілітації інвалідів : учбово-метод. посіб. Мінськ : Громадська організація «Білоруська асоціація соціальних працівників», 2008. 156 с.
73. Зверєва І. Д. Соціальна робота з дітьми та молоддю з особливими потребами. Запоріжжя, 2001. 81 с.
74. Зверєва І. Д. Соціально-педагогічна робота з дітьми та молоддю в Україні : теорія і практика : монографія. Київ, 1999. 333 с.
75. Звіт за договором № 59 від 03 квітня 2019 послуги з проведення соціологічного дослідження щодо ставлення киян до установ та закладів системи соціального захисту/соціальних служб, в тому числі ставлення до проведення реформування інтернатних закладів, а також щодо вивчення

потреби у соціальних послугах : Центр соціальних експертиз ім. Юрія Саєнко Інституту соціології НАН України. Київ, 2019. 135 с.

76. Звіт за договором № 59 від 03 квітня 2019 послуги з проведення соціологічного дослідження щодо ставлення киян до установ та закладів системи соціального захисту/соціальних служб, в тому числі ставлення до проведення реформування інтернатних закладів, а також щодо вивчення потреби у соціальних послугах : Центр соціальних експертиз ім. Юрія Саєнко Інституту соціології НАН України Київ, 2019. Том 1. 261 с.

77. Звіт про результати аудиту ефективності використання коштів Державного бюджету України, виділених Міністерству молоді та спорту України на розвиток спорту серед осіб з інвалідністю та їх фізкультурно-спортивну реабілітацію / Рахункова палата. Київ, 2019. URL: https://rp.gov.ua/upload-files/Activity/Collegium/2019/3-1_2019/Zvit_3-1_2019.pdf (дата звернення: 21.01.2021).

78. Звіт про соціологічне дослідження : Соціальна адаптація дітей та молоді з вадами розвитку / Н. М. Комарова, Н. В. Коровашкіна, Р. Я. Левин та ін. ; Держ. центр соц. служб для молоді ; Держ. ін.-т проблем сім'ї та молоді. Київ 2002. 122 с.

79. Здійснення соціальної роботи центрами соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді у 2004 році : інформаційно-аналіт. звіт про діяльність центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді / заг. ред. С. В. Толстоухова. Київ : Держосцслужба, 2005. 48 с.

80. Инвалидность : Проект глобального плана ВОЗ по инвалидности на 2014-2021 гг. : Доклад Секретариата. *Всемирная организация здравоохранения* : вебсайт. 2014. 31 с. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/175505> (дата обращения: 21.01.2021).

81. Истории о восстановлении и участии : опыт и вызовы / заг. ред. Ж. П. Вилкен. Таллин, 2015. 62 с.

82. Іванова І. Б. Соціальна робота з людьми з особливими потребами : навч. посіб. Київ : Задруга, 2011. 416 с.

83. Іванова І. Б. Соціально-педагогічна робота з дітьми-інвалідами в системі соціальних служб для молоді : автореф. дис. ... канд. пед. наук : спец. 13.00.05 – «Соціальна педагогіка» / Київ, 1998. 17 с.
84. Інвалідність, інтеграція, здоров'я і права людини. *Охорона здоров'я і права людини* : ресурсний посібник. Розділ 9 / Центр здоров'я та прав людини імені Франсуа-Ксав'є Баню та Фонд відкритого суспільства. 2015. URL: http://medicallaw.org.ua/fileadmin/user_upload/PDF/%D1%80%D0%B5%D1%81%D0%BE%D1%80%D1%81/%D0%A0%D0%B5%D1%81%D0%BE%D1%80%D1%81_%D1%80%D0%BE%D0%B7%D0%B4%D1%96%D0%BB_9.pdf (дата звернення: 21.01.2021).
85. Інноваційні моделі соціальних послуг : Проекти Українського фонду соціальних інвестицій / заг. ред. Н. В. Кабаченко. Київ : ЗАТ «ВІПОЛ», 2006. 320 с.
86. Інформаційний портал INVAK INFO. URL: <http://www.invak.info> (дата звернення: 21.01.2021).
87. Інформаційні матеріали щодо підсумків проведення соціальної роботи з сім'ями, дітьми та молоддю у 2007 році / за ред. Н. Л. Лук'янової. Київ : Держсоцслужба, 2008. 76 с.
88. Інформаційно-аналітичний звіт щодо діяльності центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді / заг. ред. С. В. Толстоухової. Київ : Держсоцслужба, 2007. 70 с.
89. Інформація про стан додержання Закону України «Про загальнодержавну програму «Національний план дій щодо реалізації Конвенції ООН про права дитини на період до 2016 року : Лист Генеральної прокуратури України від 30.11.2011 № 07/3-222 вих.11.
90. Інформування населення про соціальні послуги та реабілітаційні послуги : метод. посіб. / Т. Семигіна, Г. Коришова, О. Іванова ; проект ПРООН «Підтримка реформи соціального сектору в Україні». Київ : К.І.С., 2013. 104 с.
91. Історичні аспекти становлення служби медико-соціальної-експертизи життєдіяльності осіб з особливими потребами в Україні. *Він. обл. центр*

- медико-соціальної експертизи* : вебсайт. URL: <http://vinmse.vn.ua/history/> (дата звернення: 21.01.2021).
92. Історія Джерела. *Навчально-реабілітаційний центр «Джерело»* : вебсайт. URL: <https://dzherelocentre.org.ua/istoriya-dzherela/> (дата звернення: 21.01.2021).
93. К незалежній жити: посібник для інвалідів. Москва : Перспектива, 2000. 120 с.
94. Капська А. Й. Соціальна робота: деякі аспекти роботи з дітьми та молоддю : навч.-метод. посіб. Київ : УДЦССМ, 2001. 220 с.
95. Капська А. Й. Соціально-педагогічна робота з дітьми та молоддю з функціональними обмеженнями : навчально-метод. посіб. для соц. працівників і соц. педагогів. Київ : ДЦССМ, 2003. 168 с.
96. Кжаклевська Е., Вільямсон Г. Молодіжна політика в Україні : Висновки Команди міжнародних оглядачів Ради Європи. Страсбург : Вид-во Ради Європи, 2013. 193 с.
97. Киевский центр медико-социальной реабилитации: 10 лет спустя / Н. Н. Доброва, К. Е. Зеленов, И. Ю. Коваленко и др. *Вестник Ассоциации психиатров Украины*. 2012. № 1. URL: <http://www.mif-ua.com/archive/article/30982> (дата звернення: 21.01.2021).
98. Клименко Н. Ю., Социально-педагогическая компетентность специалистов социальной сферы. *Порталус* : онлайн библиотека. URL: http://portalus.ru/modules/shkola/rus_readme.php?subaction=showfull&id=1192708718&archive=1196815207&start_from=&ucat=& (дата доступу: 03.07.2017).
99. Клішевич Н. А., Різак І. М. Особливості соціальної роботи з дітьми із інвалідністю у Великій Британії. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова*. Серія 5: Педагогічні науки : реалії та перспективи. 2020. Вип. 75. С. 107–110.
100. Козуб І. Права людини чи інваліда? *Право України*. 2010. № 1. С. 122–127.
101. Колупаєва А. А. Інклюзивна освіта : реалії та перспективи : монографія. Київ : Саммит-книга, 2009. 262 с.

102. Комп'ютерні технології та вища освіта людей з особливими потребами: дистанційне навчання в системі соціально-трудової реабілітації / уклад. Л. В. Коваленко Київ : Вища школа, 2002. 205 с.
103. Конвенція ООН прав дитини. Київ : ЮНІСЕФ, 1997. 20 с.
104. Концепція ранньої соціальної реабілітації дітей-інвалідів. *Збірник нормативно-правових актів України щодо діяльності центрів реабілітації дітей з функціон. обмеженнями* / уклад.: В. Крижанівський, М. Сварник., Н. Скрипка та ін. Київ : Соцінформ, 2004. С. 29–30.
105. Корельская Н. Г. Особенная семья – особенный ребенок : Книга для родителей детей с отклонениями в развитии. М. : Советский спорт, 2003. 232 с.
106. Корнієнко С. Теоретичний аналіз спеціального понятійного апарату на відповідність завданням забезпечення прав дітей-інвалідів в Україні. *Вісник Нац. академії держ. управління при Президентові України*. 2011. № 3. С. 271–277.
107. Кравченко М. В. Актуальні проблеми соціального захисту інвалідів. URL: http://www.nbuv.gov.ua/ejournals/dutp/2010_2/txts/10kmvziu.pdf (дата звернення: 21.01.2021).
108. Кравченко Р. І. Соціальна робота з розумово відсталими людьми : навч. посібник. Київ, 2001. 140 с.
109. Крайг Г., Бокум Д. Психология развития, 9-е издание. СПб. : Питер, 2005. 940 с. ил.
110. Кукуруза Г. В. Психологічна модель раннього втручання: допомога сім'я, що виховують дітей раннього віку з порушенням розвитку : монографія. Харків : Точка, 2013. 244 с.
111. Кунцевська А. Моделі соціального відновлення в контексті особистісно-орієнтованої парадигми. *Вісник Київ. нац. ун-ту імені Тараса Шевченка*. Серія «Соціальна робота» / голов. ред. О. В. Чуйко. Київ, 2019. № 1 (5). С. 47–51.
112. Леви К. Истории независимой жизни в лицах / Центр по изучению независимой жизни Университета Канзаса. 1988.

113. Лехолетова М. М., Лях Т. Л., Заверико Н. В. Проблемы родителей, воспитывающих детей с инвалидностью. *Society, integration, education. Proceedings of the International Scientific Conference*. 2020. Vol. 4. С. 268–278.
114. Ляшенко В. І. Формування життєвої компетентності дітей-інвалідів у центрах ранньої соціальної реабілітації : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.05 / Луган. пед. ун-т ім. Тараса Шевченка. Луганськ, 2005. 20 с.
115. Макаренко І. В. Соціально-педагогічна підтримка батьків дітей раннього віку з особливими потребами : автореф. дис. ... канд. пед. наук : спец. 13.00.05 – «Соціальна педагогіка» / Луганськ, 2005. 20 с.
116. Макарова О. В. Соціальна політика в Україні : монографія / Ін-т демографії та соц. досліджень ім. М. В. Птухи НАН України. Київ, 2015. 244 с.
117. Макарова Е. В. Основні положення міжнародних класифікацій як критерії визначення стану здоров'я в реабілітації осіб з інвалідністю. *Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту*, 2014. № 5. С.42–49.
118. Макеев С. Соціальні інститути: класичні тлумачення і сучасні підходи до вивчення. *Соціологія: теорія, методи, маркетинг*. 2003. № 4. С. 5–20.
119. Мамчура М. В. Медико-соціальне обґрунтування системи профілактики дитячої інвалідності та реабілітації дітей з обмеженими можливостями : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.02.03. Київ, 2011. 20 с.
120. Мартинчук О. В. Вплив філософського знання на розробку проблеми освітньої інтеграції дітей з особливими потребами. *Science and Education a New Dimension: Pedagogy and Psychology*. 2013. Vol. 3. С. 101–107.
121. Мартинчук О. В. Підготовка фахівців зі спеціальної освіти до професійної діяльності в освітньому середовищі : монографія. Київ: Центр учбової літератури, 2018. 430 с.
122. Матрос О. Центри соціально-психологічної реабілітації для дітей та молоді з інвалідністю як заклади соціального захисту в Україні. *Соціальна робота та соціальна та соціальна освіта*. 2018. Вип. 1. С. 32–34.

123. Методична збірка матеріалів «Других загальноміських методичних зборів спеціалістів соціальної роботи з дітьми, молоддю та сім'ями центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді м. Києва» / за ред. С. К. Шендеровського, Т. Я. Ткач. Київ, 2006. 186 с.
124. Мирошніченко Н. О. Соціально-педагогічні умови інтегрування молоді з функціональними обмеженнями в сучасне середовище : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.05. Київ, 2008. 22 с.
125. Мирошніченко Н. Соціально-педагогічна профорієнтація молоді з інвалідністю в умовах реабілітаційного закладу. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова*. Серія 11: Соціальна робота. Соціальна педагогіка. 2017. Вип. 23. С. 62–68.
126. Міжнародна класифікація функціонування, обмеження життєдіяльності і здоров'я: діти та підлітки / ВОЗ. 2007. 366 с.
127. Міжнародна класифікація функціонування, обмеження життєдіяльності і здоров'я / ВОЗ. 2007. 256 с.
128. Міжнародний класифікатор хвороб : десяте видання. URL: <https://www.surgery.org.ua/Documents/Details/aa535505-419d-4d67-a9e7-5c6d4b8f1ced?title=MizhnarodniiKodifikatorKhvorobMkhh10> (дата звернення: 21.01.2021).
129. Міністерство культури і інформаційної політики України : вебсайт. URL: <http://mincult.kmu.gov.ua/control> (дата звернення: 21.01.2021).
130. Міністерство молоді та спорту України : вебсайт. URL: <http://dsmsu.gov.ua/index/ua/> (дата звернення: 21.01.2021).
131. Міністерство оборони України : вебсайт. URL: <https://www.mil.gov.ua/> (дата звернення: 21.01.2021).
132. Міністерство освіти та науки України : вебсайт. URL: <https://mon.gov.ua/ua> (дата звернення: 21.01.2021).
133. Міністерство охорони здоров'я України : вебсайт. URL: <https://moz.gov.ua/> (дата звернення: 21.01.2021).

134. Міністерство розвитку громад та територій України : вебсайт. URL: <https://www.minregion.gov.ua/about/> (дата звернення: 21.01.2021).
135. Міністерство соціальної політики України : вебсайт. URL: <https://www.msp.gov.ua/> (дата звернення: 21.01.2021).
136. Міністерство у справах ветеранів, тимчасово окупованих територій та внутрішньо переміщених осіб України : вебсайт. URL: <https://mva.gov.ua/ua> (дата звернення: 21.01.2021).
137. Міністерство юстиції України : вебсайт. URL: <https://minjust.gov.ua/>(дата звернення: 21.01.2021).
138. Мойса Б. Пропозиції до політики щодо реабілітації осіб з порушенням здоров'я. Київ, 2017. 32 с.
139. Молодь в умовах становлення Незалежності України (1991–2011 рр.) : щорічна доповідь Президенту України, Верховній Раді України, Кабінету Міністрів України про становище молоді в Україні. Київ : Компанія ВАІТЕ, 2011. 316 с.
140. Молодь: її права та соціальне становлення в сучасній Україні. *Міністерство юстиції України* : вебсайт. URL: https://minjust.gov.ua/m/str_41555 (дата звернення: 21.01.2021).
141. Молчан О. І. Соціально-культурна реабілітація інвалідів юнацького віку в умовах дозвілля : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.06. Київ, 2003. 20 с.
142. Молчанова К., Дівакова С. Соціальна робота з дітьми обмеженими можливостями в умовах реабілітаційного центру. *Науковий пошук молодих дослідників* : зб. наук. праць студентів. Луганськ : ДЗ «ЛНУ імені Тараса Шевченка», 2010. № 4. С. 75–80.
143. На пути к инклюзивной школе : пособ. для учителей. Москва : Перспектива, 2006. 40 с.
144. Національно-патріотичне виховання – державний пріоритет національної безпеки : щорічна доповідь Президенту України, Верховній Раді України про становище молоді в Україні (за підсумками 2014 року) / Держ. ін-т сімейної та

молодіжної політики / редкол.: І.О. Жданов., І. І., Беляєва, С. В. Митрофанський та ін. Київ, 2015. 200 с.

145. Нерівні можливості дітей в Україні: аналіз та рекомендації для політики (на основі моніторингу щодо економічної нерівності домогосподарств та доступу дітей до послуг соціальної сфери) / Л. М. Черенько, С. В. Полякова, В. С. Шишкін, В. С. Заяць та ін. Київ : К.І.С., 2011. 47 с.

146. Нечосіна О. Функціонування системи соціальних послуг в Україні : короткий опис. Київ, 2019. 16 с.

147. Нічого для нас без нас : посібник з інклюзивного прийняття рішень для державних органів / упоряд. В. О. Азін. Київ : Ленвіт, 2015. 102 с.

148. Нормативно-правова база: щодо діяльності центрів соціальних служб для молоді / упоряд.: Р. Г. Драпушко, С. В. Толстоухова, О. К. Шатохіна, С. А. Петрова Київ : УДЦССМ. 1999. 200 с.

149. Обуховська А. Г. Діяльність психолого-медико-педагогічних консультацій в умовах інтеграції дітей з особливими освітніми потребами –Київ : Укр. НМЦ практичної психології і соц. роботи, 2013. + 1 електрон. опт. диск (CD-ROM), 12 см

150. Общественная организация «Маленький принц» : вебсайт. URL: <https://autism-little-prince.kiev.ua/> (дата звернення: 21.01.2021).

151. Окун А. М. Рівність та ефективність: великий компроміс : пер. з англ. / Інститут демократії імені Пилипа Орлика, 1996. 149 с.

152. Організація Об'єднаних Націй : вебсайт. URL: <https://www.un.org/ru/> дата звернення: 21.01.2021).

153. Основи соціальної педіатрії : навч.-метод. посібник : у 2-х т. / За ред. В. Матринюка. Київ : Верес, 2016. Т. 1. 480 с.

154. Основные этические и антропологические вопросы в работе с людьми с ограниченными возможностями : материалы Междунар. конференции / отв. за вып. Е. Титова. Минск, 2008. 86 с.

155. Остролуцька Л. І. Етапи розвитку центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю за часів незалежності України. *Scientific Journal Virtus*. 2020. № 44, Мај. Р. 127–132.
156. Остролуцька Л. І. Окремі питання аналізу роботи мережі «Соціально-реабілітаційні центри для дітей та молоді з функціональними обмеженнями» : інформаційно-метод. збірка для спеціалістів соціальних служб молоді м. Києва та партнерських організацій. *Актуальні питання соціально-реабілітаційної технології допомоги дітям, молоді з функціональними обмеженнями та їх батькам*. Київ : КМЦСССДМ, 2003. С. 10–21.
157. Остролуцька Л. І. Організаційно-методичне забезпечення діяльності за напрямком соціальної роботи з дітьми та молоддю з функціональними обмеженнями та їхніх сімей ЦСССДМ м. Києва. *Соціальний працівник*, 2007. № 14 (38) липень.
158. Остролуцька Л. І. Проблеми сімей з психоневрологічно хворою дитиною. *Соціалізація і ресоціалізація особистості в умовах сучасного суспільства*: матеріали V науково-практичної конференції / за заг. редакцією Власової О. І., Невідомої В. Г., Дембицької Н. М. К.: в-во «Віваріо», 2016 р. С. 115–117.
159. Остролуцька Л. І. Соціальна робота з дітьми та молоддю з інвалідністю: міфи та українська реальність. *Педагогічний Альманах*. 2012. № 16. С. 242–247.
160. Остролуцька Л. І. Соціальна робота з дітьми та молоддю з інвалідністю: міфи та українська реальність. *Вісник Київ. нац. ун-ту імені Тараса Шевченка «Соціальна робота»* : зб. наук. пр. / голов. ред. О. В. Чуйко. Київ, 2017. № 2 (2). С. 16–19.
161. Остролуцька Л. І. Соціально-педагогічні компетенції спеціалістів соціальної роботи з дітьми та молоддю з інвалідністю та їх сім'ями. *Вісник Київ. нац. ун-ту імені Тараса Шевченка*. Серія: Соціальна робота / голов. ред. О. В. Чуйко. Київ, 2017. № 1 (1). С. 57–63.
162. Остролуцька Л. І. Соціально-реабілітаційний центр для дітей та молоді з функціональними обмеженнями, як форма підтримки сім'ї, що виховує дитину чи молоду людину з інвалідністю. *Соціальна робота в територіальній громаді*

м. Києва : досвід 2004 року : нариси практиків. Київ : КМЦССМ, 2004. С. 99–109.

163. Остролуцька Л. І. Формування професійної термінології в соціальній роботі і результат впливу її на суспільство. *Соціальна робота: теорія, історія, інноватика*: матеріали VIII Між. Нар. наук.-практ. Конф., 15-16 травня 2014, м. Київ / М-во освіти і науки України, НТУУ «КПІ», фак. соціології і права; уклад.: А. А. Мельниченко, П. В. Кутуєв, А. О. Мігалуш. К.: Політехніка, 2014. С. 36–37.

164. Остролуцька Л. І., Луценко І. В. Соціальна робота з сім'ями, в яких є особи з інвалідністю. *Соціальна робота з вразливими сім'ями та дітьми*: посіб. у 2-х ч.; Ч 2 / А.В. Аванесова, О.В. Безпалько, Т.П. Цюман та ін.; за заг. ред. Т.В. Журавель, З.П. Кияниці. К.: ОБНОВА КОМПАНІ, 2017. С. 161–190.

165. Остролуцька Л.І. Навчальна програма «Надання допомоги людям з інвалідністю у разі виникнення /загрози виникнення надзвичайних ситуацій для працівників системи цивільного захисту, закладів пенітенціарної системи, охорони здоров'я, освіти та соціального захисту» / [Уклад.: А. А. Цимбал, С.В. Шмалей, М. В. Дмитрієва, Н. Й. Дуброва, К. С. Гутченко, Л. І. Остролуцька]. К., 2016. 18 с.; С. 3–5.

166. Остролуцька Л.І. Особливості виховання та розвитку дітей з інвалідністю. *Підвищення виховного потенціалу прийомних батьків та батьків-вихователів*: навч.-метод. посіб. / Авт. кол.: Т. В. Бондаренко, А. А. Гришко, Т. В. Журавель, І. Д. Зверева та ін.; за заг. ред. І.Д. Зверєвої. К.: «Версо 04», 2011. С. 321–348.

167. Остролуцька Л. Інформаційна довідка про співпрацю Київського міського центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді з громадською організацією «Асоціація психіатрів України» та іншими громадськими організаціями, які працюють в галузі психічного здоров'я, комунальних закладів психічного здоров'я Виконавчого органу Київської міської ради (КМДА). *Вісник Асоціації психіатрів України*. К., 2019. № 3–4. С. 5–10.

168. Остролуцька Л. І. Зміст надання послуг дітям та молоді з функціональними обмеженнями центрами соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді м. Києва.

Соціальна робота і сучасність: теорія та практика : Міжнар. наук.-прак. конф. (16–17 трав. 2012 р.) / Б. В. Новіков, Л. М. Димитрова. Київ : НТУУ «КПІ», 2012, 356 с.

169. Остролуцька Л. І. Інституалізація соціальної роботи щодо реабілітації дітей та молоді з інвалідністю (на прикладі міста Києва). *Вісник післядипломної освіти*. Серія: Педагогічні науки. Київ, 2020. № 12(41) С. 219–237.

170. Остролуцька Л. І. Реалізація принципу участі дітей та молоді з інвалідністю у соціальній і реабілітаційній роботі. *Педагогіка формування творчої особистості у вищій і загальноосвітній школах*. Київ, 2020. № 69. Т. 3. С. 74–78. DOI: <https://doi.org/10.32840/1992-5786.2020.69-3.14>

171. Остролуцька Л. І. Концепції реабілітації в контексті системних, інституційних і історичних змін. *Вісник ЛНУ імені Тараса Шевченка*. 2020. № 2(333). С. 260–273.

172. Оцінка ситуації в психоневрологічних інтернатах в Україні та розробка плану дій / Д. Йуодкайте та ін. Київ, 2017. 24 с.

173. Оцінювання системи реабілітації в Україні. Основні висновки. Звіт місії ВООЗ. Грудень 2015. 9 с. URL: <https://physrehab.org.ua/wp-content/uploads/docs/Assessment%20of%20the%20Rehabilitation%20System%20in%20Ukraine.%20Summary%20rstr%20UKR.pdf>

174. Переглянута Європейська хартія про участь молоді в місцевому та регіональному житті. Конгрес місцевих і регіональних влад Ради Європи. Липень 2015. URL: <https://rm.coe.int/168071b58f> (дата звернення: 21.01.2021).

175. Першко Г. О. Підготовка соціальних педагогів до інтеграції дітей з особливостями психофізичного розвитку у середовище загальноосвітнього навчального закладу : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.05. Київ, 2011. 23 с.

176. Петрочко Ж. В. Дитина у складних життєвих обставинах: соціально-педагогічне забезпечення прав : монографія. Рівне : О. Зень, 2010. 210 с.

177. Положение детей в мире, 2013 год. Дети с ограниченными возможностями : резюме / Детский фонд Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ). 2013.

- Май. *Unicef* : вебсайт. URL: https://www.unicef.org/sowc2013/files/SOWC13-rus_press.pdf (дата звернення: 21.01.2021).
178. Положення про Фонд соціального захисту інвалідів. *База даних «Законодавство України»* / ВР України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0528-11#Text> (дата звернення: 21.01.2021).
179. Полулященко Ю. Підвищення ефективності діяльності центрів реабілітації дітей-інвалідів. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова*. Серія 19: Корекційна педагогіка та спеціальна психологія. 2014. Вип. 28. С. 177–181.
180. Пошук шляхів оптимізації соціальної допомоги сім'ї неповносправної дитини, молодшої людини за місцем проживання : робочий зошит / І. Варламова та ін. Київ, 2002. 76 с.
181. Право людей с инвалидностью на самостоятельную жизнь и полноценное участие в жизни общества : тематический доклад, опубликованный Комиссаром Совета Европы по правам человека. Страсбург, 2012. 51 с. URL: <https://rm.coe.int/16806da91b> (дата звернення: 21.01.2021).
182. Право на здоровье. Изложение фактов № 31 / ВОЗ. URL: <https://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31ru.pdf> (дата звернення: 21.01.2021).
183. Предупреждение инвалидности и реабилитация : Доклад Комитета Экспертов ВОЗ по предупреждению инвалидности и реабилитации. Женева : ВОЗ, 1983. 44 с. URL: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/40896/WHO_TRS_668_rus.pdf?sequence=3 (дата звернення: 21.01.2021).
184. Прислушиваясь к голосам родителей: анализ опыта получения услуг для детей с особыми потребностями в возрасте от 0 до 4 лет / Н. Доброва-Крол и др. Киев, 2017. 79 с.
185. Про внесення змін до Закону України «Про Державний бюджет України на 2019 рік» : Закон України, док. № 265-IX, чинний від 09.11.2019. URL: http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/T190265.html (дата звернення: 21.01.2021).

186. Про добровільне об'єднання територіальних громад : Закон України, док. № 157-VIII, ред. від 14.05.2020. База даних «Законодавство України» / ВР України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/157-19> (дата звернення: 21.01.2021).

187. Про затвердження Державної програми розвитку системи реабілітації та трудової зайнятості осіб з обмеженими фізичними можливостями, психічними захворюваннями та розумовою відсталістю на період до 2011 року : Постанова Кабінету Міністрів України від 12.05.2007 № 716. База даних «Законодавство України» / ВР України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/716-2007-%D0%BF#Text> (дата звернення: 21.01.2021).

188. Про затвердження Державної типової програми реабілітації осіб з інвалідністю : Постанова Кабінету Міністрів України від 8 грудня 2006 р. № 1686. База даних «Законодавство України» / ВР України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1686-2006-%D0%BF#Text> (дата звернення: 21.01.2021).

189. Про затвердження Загального положення про центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді : Постанова Кабінету Міністрів України від 1 серп. 2013 р. № 573. База даних «Законодавство України» / ВР України. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua> (дата звернення: 21.01.2021).

190. Про затвердження Концепції інклюзивного розвитку інклюзивного навчання : наказ Міністерства освіти та науки України від 1 жовтня 2010 р. № 912 / МОН України. База даних «Законодавство України» / ВР України. URL: <https://mon.gov.ua/ua/npa/pro-zatverdzhennya-kontseptsii-rozvitku-inklyuzivnogo-navchannya> (дата звернення: 21.01.2021).

191. Про затвердження Концепції соціальної адаптації осіб з розумовою відсталістю : розпорядження Кабінету Міністрів України від 25 серп. 2004 р. № 619-р. База даних «Законодавство України» / ВР України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/619-2004-%D1%80> (дата звернення: 21.01.2021).

192. Про затвердження плану заходів з виконання рекомендацій, викладених у заключних зауваженнях, наданих Комітетом ООН з прав осіб з інвалідністю, до першої доповіді України про виконання Конвенції ООН про права осіб з інвалідністю на період до 2020 року : розпорядження Кабінету Міністрів України від 28 груд. 2016 р. № 1073-р. *База даних «Законодавство України» / ВР України.* URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1073-2016-%D1%80> (дата звернення: 21.01.2021).

193. Про затвердження плану заходів із впровадження в Україні Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я та Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я дітей та підлітків : розпорядження Кабінету Міністрів України № 1008-р від 27 груд. 2017. *База даних «Законодавство України» / ВР України.* URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1008-2017-%D1%80#Text> (дата звернення: 21.01.2021).

194. Про затвердження Положення про індивідуальну програму реабілітації осіб з інвалідністю : Постанова Кабінету Міністрів України від 23.05.2007 № 757. *База даних «Законодавство України» / ВР України.* URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/757-2007-%D0%BF#Text> (дата звернення: 21.01.2021).

195. Про затвердження Положення про інклюзивно-ресурсний центр : Постанова Кабінету Міністрів України від 12 липня 2017 р. № 545. *База даних «Законодавство України» / ВР України.* URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/545-2017-%D0%BF#Text> (дата звернення: 21.01.2021).

196. Про затвердження Положення про Міністерство молоді та спорту України : Постанова Кабінету Міністрів України від 2 липня 2014 р. № 220. *База даних «Законодавство України» / ВР України.* URL: <http://zakon2.rada.gov.ua> (дата звернення: 21.01.2021).

197. Про затвердження Положення про спеціальну школу та Положення про навчально-реабілітаційний центр : Постанова Кабінету Міністрів України від 6 березня 2019 р. № 221. *База даних «Законодавство України» / ВР України.*

URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/221-2019-%D0%BF#Text> (дата звернення: 21.01.2021).

198. Про затвердження порядку надання окремим категоріям осіб послуг із комплексної реабілітації (абілітації) : Постанова Кабінету Міністрів України від 31 січня 2007 р. № 80. *База даних «Законодавство України»* / ВР України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/80-2007-%D0%BF#Text> (дата звернення: 21.01.2021).

199. Про затвердження Типового положення про будинок дитини : Наказ Міністерства освіти та науки від 18.05.1998 № 123. *База даних «Законодавство України»* / ВР України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0372-98#Text> (дата звернення: 21.01.2021).

200. Про затвердження Типового положення про центр соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями : Постанова Кабінету Міністрів України від 08 верес. 2005 р. № 877. *База даних «Законодавство України»* / ВР України. URL: [http:// www.mon.gov.ua](http://www.mon.gov.ua) (дата звернення: 21.01.2021).

201. Про заходи щодо вдосконалення соціальної роботи із сім'ями, дітьми та молоддю : Постанова Кабінету Міністрів України від 27.07.2004 № 1126. *База даних «Законодавство України»* / ВР України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1126-2004-%D0%BF#Text> (дата звернення: 21.01.2021).

202. Про нас. *Громадська організація «Відчуй»* : вебсайт. URL: <https://vidchui.org/pro-nas/> (дата звернення: 21.01.2021).

203. Про Національну стратегію реформування системи інституційного догляду та виховання дітей на 2017-2026 роки та план заходів з реалізації її I етапу : розпорядження Кабінету Міністрів України. р *База даних «Законодавство України»* / ВР України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/526-2017-%D1%80> (дата звернення: 21.01.2021).

204. Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні : Закон України, док. № 876-XII від 02.03.1991. *Відомості Верховної Ради УРСР*. 1991. № 21. С. 252.

205. Про охорону дитинства : Закон України, док № 2402-III від 26.04.2001. База даних «Законодавство України» / ВР України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2402-14#Text> (дата звернення: 21.01.2021).
206. Про положення про Міністерство соціальної політики України : Указ Президента України від 6 квіт. 2011 р. № 389/2011. База даних «Законодавство України» / ВР України. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua> (дата звернення: 21.01.2021).
207. Про ратифікацію Конвенції про права осіб з інвалідністю і Факультативного протоколу до неї : Закон України, док. № 1767-VI від 16.12.09. База даних «Законодавство України» / ВР України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1767-17#Text> (дата звернення: 21.01.2021).
208. Про ратифікацію Конвенції про професійну реабілітацію та зайнятість осіб з інвалідністю : Закон України, док. № 624- IV від 06.03.2003. База даних «Законодавство України» / ВР України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/624-15#Text> (дата звернення: 21.01.2021).
209. Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні : Закон України, док. № 2961-IV, ред. від 31.12.2020. База даних «Законодавство України» / ВР України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2961-15> (дата звернення: 21.01.2021).
210. Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я : Закон України, док. № 1053-IX, ред. від 13.12.2020. База даних «Законодавство України» / ВР України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20#Text> (дата звернення: 21.01.2021).
211. Про Рекомендації парламентських слухань на тему: «Освіта, охорона здоров'я та соціальне забезпечення дітей з порушеннями психофізичного розвитку: проблеми та шляхи їх вирішення» : Постанова Верховної Ради України від 13 січня 2015 року № 96-VIII. База даних «Законодавство України» / ВР України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/96-19#Text> (дата звернення: 21.01.2021).

212. Про Рекомендації парламентських слухань про становище молоді в Україні на тему: «Участь молоді в суспільному житті: економічна активність» : Постанова Верховної Ради України від 18 черв. 2014 р. № 1521-VII. *База даних «Законодавство України»* / ВР України. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua> (дата звернення: 21.01.2021).
213. Про розвиток центрів соціальних служб для молоді : Постанова Кабінету Міністрів України від 23.10.2001 № 1291, втрата чин. від 01.01.2005. *База даних «Законодавство України»* / ВР України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1291-2001-%D0%BF#Text> (дата звернення: 21.01.2021).
214. Про соціальні послуги : Закон України, док. № 2671-VIII від 17.01.2019. *База даних «Законодавство України»* / ВР України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2671-19> (дата звернення: 21.01.2021).
215. Про соціальні послуги : Закон України, док. № 966-VI від 19.06.2003 (втратив чинність). *База даних «Законодавство України»* / ВР України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/966-15#Text> (дата звернення: 21.01.2021).
216. Про соціальні служби для молоді : Постанова Кабінету Міністрів України від 13 серп. 1993 р. № 648. *База даних «Законодавство України»* / ВР України. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua> (дата звернення: 21.01.2021).
217. Про соціальну роботу з сім'ями, дітьми та молоддю : Закон України, док. № 2558-III, ред. від 01.01.2020. *База даних «Законодавство України»* / ВР України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2558-14> (дата звернення: 21.01.2021).
218. Про сприяння соціальному становленню та розвитку молоді в Україні (зі змінами) : Закон України, док. № 2998-XII, ред. від 09.08.2019. *База даних «Законодавство України»* / ВР України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2998-12> (дата звернення: 21.01.2021).
219. Про становище інвалідів в Україні та основи державної політики щодо вирішення проблем громадян з особливими потребами. Державна доповідь / Мінпраці України. Держ. підпр. «СОЦІИНФОРМ». Київ, 2002. 160 с.

220. Про становище інвалідів в Україні. Національна доповідь / Мінпраці України, Держ. установа “Наук.-дослід. ін-т соц.-труд. відносин”. Київ, 2008. 200 с.
221. Про схвалення досвіду роботи Миколаївської облдержадміністрації та Фонду України соціального захисту : розпорядження Кабінету Міністрів України від 3 груд. 1999 р. № 1329-р. *ЛІГА ЗАКОН* : вебсайт. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/KR991329> (дата звернення: 21.01.2021).
222. Про схвалення Концепції Загальнодержавної програми «Здоров’я – 2020: український вимір : розпорядження Кабінету Міністрів України № 1164-р від 31 жовтня 2011 р. *База даних «Законодавство України»* / ВР України. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1164-2011-%D1%80> (дата звернення: 21.01.2021).
223. Про схвалення Концепції ранньої соціальної реабілітації дітей-інвалідів : Постанова Кабінету Міністрів України від 12 жовтня 2000 р. № 1545. *База даних «Законодавство України»* / ВР України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1545-2000-%D0%BF#Text> (дата звернення: 21.01.2021).
224. Проблемы детской инвалидности в переходный период в странах ЦВЕ/СНГ и Балтии / Детский фонд Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ). 2005. 70 с.
225. Путь к работе: Новый взгляд на реабилитацию / пер. со швед.: Т. Антончик, Л. Копочель, О. Сочнева. Мінськ : Технопринт, 2004. 256 с.
226. Разрушитель мифов : Независимая жизнь / Европейская Сеть Независимой Жизни. 2014. URL: http://www.enil.eu/wp-content/uploads/2012/06/ENIL-Myth-Buster_Russian-version.pdf (дата обращения: 21.01.2021).
227. Райкус Дж. Социально-психологическая помощь семьям и детям групп риска : практ. пособие : в 4 т. / Дж. Райкус, Р. Хьюх. Москва : Эксмо, 2009. Т. 3: Развитие и благополучие детей. 288 с.

228. Реабилітація на рівні общини. Компонент «Здоров'я». *Всемирная организация здравоохранения* : веб-сайт. URL: <https://www.who.int/disabilities/cbr/guidelines/ru/> (дата звернення: 21.01.2021).
229. Реабилітація на рівні общини. Компонент «Розширення прав і можливостей». *Всемирная организация здравоохранения* : веб-сайт. URL: <https://www.who.int/disabilities/cbr/guidelines/ru/> (дата звернення: 21.01.2021).
230. Реабилітація на рівні общини. Руководство РОУ. Вводная информация. *Всемирная организация здравоохранения* : веб-сайт. URL: <https://www.who.int/disabilities/cbr/guidelines/ru/> (дата звернення: 21.01.2021).
231. Реабілітація жертв конфлікту. Чи пропонує щось держава, крім встановлення інвалідності і милиць? / Б. Мойса ; за ред. О. Павліченка, О. Мартиненка ; Українська Гельсінська спілка з прав людини. Київ, 2018. 64 с.
232. Рекомендація R (92) 6 Комітета міністрів державам-членам о послідовательной политике в отношении инвалидов : Комітет Міністрів Ради Європи від 9 квітня 1992 р. *База даних «Законодавство України»* / ВР України. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_128#Text (дата звернення: 21.01.2021).
233. Рекомендації парламентських слухань на тему «Про реформу охорони здоров'я в Україні» : Постанова Верховної Ради України від 21.04.2016 р. № 1338-VIII. *База даних «Законодавство України»* / ВР України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1651-VI#Text> (дата звернення: 21.01.2021).
234. Ренкер К. Основы реабилитации : науч. обзор. Москва : Всесоюзный научно-исследоват. институт мед. и медико-технической информации. Москва, 1980.
235. Рік людей з інвалідністю / ВГСПО «НАІУ». 2003. Вип. 4. С. 9–26.
236. Роль соціальної роботи в системі соціального захисту населення: загальне право на соціальний захист. *Міжнар. федерація соц. працівників* : вебсайт. URL: <http://ifsw.org/policies/the-role-of-social-work-in-social-protection-systems-the-universal-right-to-social-protection/> (дата звернення: 21.01.2021).

237. Руководство по детской и подростковой психиатрии : в 2 т. / пер. с англ. К. Мужановского ; под ред. Дж. М. Рея. Киев : Горобец, 2018. Т. 1. 772 с.
238. Селігман М., Дарлинг Р. Обычные семьи, особые дети : пер. с англ. Изд. 2-е. М. : Теревинф, 2009. 368 с.
239. Семейство международных классификаций Всемирной организации здравоохранения. *Всемирная организация здравоохранения* : веб-сайт. URL: <http://who-fic.ru/> (дата обращения: 21.01.2021).
240. Система надання психіатричної допомоги дітям в Україні: спроба аналізу / упоряд. Т. С. Яблонська. Київ : Асоціація психіатрів України, 2010. 71 с.
241. Система центрів соціальної реабілітації дітей з інвалідністю в Україні : довідник / упоряд.: А. Г. Шевцов, І. В. Шерстюк, О. Ю. Полякова. Київ : НТІ «Інститут соціальної політики», 2003. 255 с.
242. Сім'я та сімейні відносини в Україні: сучасний стан і тенденції розвитку. Київ : Основа-Принт, 2009. 248 с.
243. Сімейний кодекс України : ред від 01.01.2021. *База даних «Законодавство України»* / ВР України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2947-14#Text> (дата звернення: 21.01.2021).
244. Скорбатюк А. Реабілітаційні моделі надання послуг в Німеччині. *Вісник Київ. нац. ун-ту імені Тараса Шевченка. Серія «Соціальна робота»*. 2017. № 2 (2). С. 45–48.
245. Служба раннього втручання в Україні: шлях до інтеграції / за наук. ред. Н. А. Бастун. Київ : Леста, 2005. 184 с.
246. Смеречак Л., Гук О. Особливості професійної діяльності соціальних педагогів у центрах соціально-педагогічної реабілітації дітей із вадами психофізичного розвитку. *Особливості професійної діяльності: людинознавчі студії*. 2014. Вип. 29: Педагогіка. 2014. С. 188–196.
247. Смуш-Кулешова М. Проект звіту про оцінку потреб щодо перегляду політики на нормативно-правовій базі у сфері забезпечення прав людей з інвалідністю в Україні. Київ, 2020. 88 с. URL: <https://www.coe.int/uk/web/kyiv/-/presentation-of-the-needs-assessment-report-with-respect-to-policy-and-legal->

framework-revision-in-the-area-of-rights-of-people-with-disabilities-in-u (дата звернення: 21.01.2021).

248. Соловйова Т. Г. Соціально-педагогічні засади роботи з батьками дітей з особливими потребами : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.05. Запоріжжя, 2009.
249. Софій Н. З., Найда Ю. М. Концептуальні аспекти інклюзивної освіти / *Інклюзивна школа : особливості організації та управління* : навч. метод. посібник / кол. авт.: А. А. Колупаєва, Н. З. Софій, Ю. М. Найда та ін. / за заг. ред. Л. І. Даниленко. Київ, 2007. 128 с.
250. Соціальна інтеграція осіб з інвалідністю в контексті освітньої діяльності ВНЗ : монографія / М. В. Півторак, Н. С. Пасічник, О. П. Цвид-Гром, О. П. Хомчук [та ін.] ; за заг. ред. Я. В. Новака. – Біла Церква : ТОВ «Білоцерківдрук», 2018. – 211 с.
251. Соціальна реабілітація молоді з обмеженою життєдіяльністю / заг. ред. С. В. Толстоухова, І. М. Пінчук. Київ : УДЦССМ, 2000. 184 с.
252. Соціальна робота : навч. посіб. Київ : ДЦССМ, 2002. Кн. 2. 440 с.
253. Соціальна робота з вразливими сім'ями та дітьми : посіб. у 2-х ч.; Сучасні орієнтири та ключові технології / З. П. Кияниця, Ж. В. Петрочко. Київ : ОБНОВА КОМПАНІ, 2017. 256 с.
254. Соціальний захист інвалідів у цифрах і фактах : Бюлетень Міністерства праці та соціальної політики України, грудень 2006. С. 39.
255. Соціальний захист населення України : навч. посіб. / авт. кол.: І. Ф. Гнибіденко, М. В. Кравченко, О. М. Коваль, О. Ф. Новікова та ін. ; за заг. ред. В. М. Вакуленка, М. К. Орлатого. Київ : Вид-во НАДУ ; Фенікс, 2010. 212 с.
256. Соціальний захист населення України : стат. зб. *Державна служба статистики України* : вебсайт. 2019. URL: http://ukrstat.org/uk/druk/publicat/kat_u/publposl_u.htm (дата звернення: 21.01.2021).
257. Соціальний захист у цифрах і фактах : Бюлетень Міністерства праці та соціальної політики України. Київ, 2007. 65 с.

258. Соціально-психологічна допомога молоді з особливими потребами : методичні рекомендації для студентів волонтерів, які працюють з дітьми з функціональними обмеженнями / уклад. О. Д. Уманчук. Миколаїв, 2000. 34 с.
259. Стан та чинники здоров'я українських підлітків : монографія / наук. ред. О. М. Балакірева ; ЮНІСЕФ, Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка. Київ : К.І.С., 2011. 172 с.
260. Стандартні правила забезпечення рівних можливостей для інвалідів : Резолюція 48/96 Генеральної асамблеї ООН від 20.12.1993. *База даних «Законодавство України»* / ВР України. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_306#Text (дата звернення: 21.01.2021).
261. Столярик О. Ю., Семігіна Т. В. Якість життя сімей, які виховують дітей з аутизмом: концепції та чинники. *Збірник наукових праць Хмельницького інституту соціальних технологій Університету «Україна»*. Київ 2018. № 18. С. 60-63.
262. Стратегічні пріоритети молодіжної політики: освіта, зайнятість, житло : щоріч. доп. Президенту України, Верховній Раді України про становище молоді в Україні (за підсумками 2013 року) / М-во молоді та спорту України, Держ. ін-т сімейної та молодіжної політики. Київ, 2014. 368 с.
263. Стратегія Організації Об'єднаних Націй з включення осіб з інвалідністю. *Організація Об'єднаних Націй* : веб-сайт. URL: <https://www.un.org/ru/content/disabilitystrategy/> (дата обращения: 21.01.2021).
264. Стратегія розвитку державної молодіжної політики на період до 2020 року : затв. Указом Президента України від 27.09.2013 № 532/2013. *База даних «Законодавство України»* / ВР України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/532/2013#Text> (дата звернення: 21.01.2021).
265. Тарасенко В. С. Правове забезпечення соціального захисту дітей-інвалідів в Україні : автореф. дис. ... канд. юрид. наук : 12.00.05. Одеса, 2005. 19 с.
266. Тиганов А. С. Социально-трудова реабилитация психически больных. *Общая психиатрия*. URL: <http://www.psychiatry.ru/lib/54/book/28/chapter/109> (дата обращения: 21.01.2021).

267. Уорд А. Д. Задержка в психическом развитии : правовое регулирование для стран восточной Европы : Новый взгляд / пер. Э. Стейнберг. 1995. 244 с.
268. Устав Всемирной Организации Охраны Здоровья : утв. Межд. конф. здравоохран., Нью-Йорк, 1946. *Всемирная организация здравоохранения* : веб-сайт. URL: <https://www.who.int/ru/about/who-we-are/constitution> (дата обращения: 21.01.2021).
269. Участь молоді в суспільному житті: досвід, можливості, бар'єри : щорічна доповідь Президенту України, Верховній Раді України, Кабінету Міністрів України про становище молоді в Україні (за підсумками 2011 року) / Міністерство освіти і науки, молоді та спорту України, Державна служба молоді та спорту України. Київ, 2012. 222 с.
270. Фонд соціального захисту інвалідів : вебсайт. URL: <https://www.ispf.gov.ua/> (дата звернення: 21.01.2021).
271. Хаммарберг Т. Права человека в Европе : работа продолжается / Совет Европы. 2011. 458 с.
272. Холостова Е. И., Дементьева Н. Ф. Социальная реабилитация : учебное пособие. 3-е изд. М. : Дашков и К, 2004. 340 с.
273. Центр раннього розвитку. *Всеукраїнська благодійна організація «Даун Синдром»* : вебсайт. URL: <http://downsyndrome.org.ua/centr-rannego-razvitiya> (дата звернення: 21.01.2021).
274. Чернуха Н. М. Соціалізація особистості як вектор успішної життєвої самореалізації. *Тенденції розвитку психології та педагогіки* : матеріали Міжнар. науково-практ. конференції (м. Київ, Україна, 3-4 листопада 2017 року). Київ : Київ. наукова організація педагогіки та психології, 2017. С. 70–73.
275. Чернуха Н. М. Соціальне виховання у сучасному українському соціумі: реалії, досвід, перспективи. *Науковий часопис Нац. пед. ун-ту ім. М. П. Драгоманова*. Серія 11: Соціальна робота. Соціальна педагогіка. 2018. Вип. 24, т. 2. Київ : Вид-во НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2018. С. 153–158.
276. Швалб Ю. М. Тищенко Л. В. Майбутнє і сьогодні студентів з обмеженими можливостями : психологічні аспекти : монографія. Київ, 2015. 240 с.

277. Шевцов А. Г. Концепція «незалежне життя» особистості у соціально-реабілітаційній роботі. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова*. Серія 11: Соціологія. Соціальна робота. Соціальна педагогіка. Київ, 2007. Вип. 6. С. 21–32.
278. Шевцов А. Г. Методологічні принципи соціальної реабілітації осіб з обмеженими функціями здоров'я. *Зб. наук. пр. Кам'янець-Подільського держ. ун-ту*. 2006. Серія: Соціально-педагогічна, вип. VI. С. 337–342.
279. Шевцов А. Г. Освітні системи реабілітування осіб з обмеженнями життєдіяльності : автореф. дис. ... д-ра. пед. наук : 13.00.03. Київ, 2010. 46 с.
280. Шевцов А. Г. Методичні основи організації соціальної реабілітації дітей з вадами здоров'я : монографія. Київ : НТІ «Інститут соціальної політики», 2004. 204 с.
281. Шевчук В. І., Яворовенко О. Б., Беляєва Н. М., Шевчук С. В. Реабілітація інвалідів : монографія. Вінниця : Данилюк В.Г., 2012. 216 с.
282. Шмонин А. А., Мальцева М. Н., Мельникова Е. В. Мультидисциплинарная технология поиска цели реабилитации у пациентов с церебральным инсультом на основе МКФ. *Concilium Medicum*. 2020. Vol. 2. С. 9-17.
283. Щепанский Я. Элементарные понятия социологии / пер. з польск. М. Гуренко. М. : Прогресс, 1969. 240 с.
284. Що ми знаємо про Універсальний дизайн? : Запис семінару «Універсальний Дизайн: міжнародний досвід та найкраща практика», проведеного у м. Київ 13-14 травня 2014 р. / UNDP Ukraine. *YouTube*. URL: <https://www.youtube.com/watch?v=S0EvgsLtAkg> (дата звернення: 21.01.2021).
285. Ярская-Смирнова Е. Р. Политика инвалидности : Социальное гражданство инвалидов в современной России. Саратов : Научная книга, 2006. 260 с.
286. Яшна О. Адаптивна фізична культура в процесі відновлення й навчання в умовах центрів реабілітації. *Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту*. 2008. № 10. 2008. С. 148–151.
287. DeJong G. Defining and implementing the independent living concept. *Independent living for physically disabled people*. 1983. Vol. 24.

288. Matsuert H. Institutional analysis in natural resources research. *Socioeconomic Methodologies for Natural Resources Research. Best Practice Guidelines*. Chatham, UK : Natural Resources Institute, 2002. 16 p.
289. Normalität für Kinder mit Behinderung: Integration : Texte und Wirkungen von Ludwig-Otto ROSER / Hrsg: Jutta Schöler; Mit 14 Beitr. von Ludwig-Otto Roser Jahren sowie Beitr. von: Klaus Christ. von: Klaus Christ. Berlin : Luchterhand, 1998. URL: <http://bidok.uibk.ac.at/library/schoeler-normalitaet.html> (abrufdatum: 21.01.2021).
290. Normalization and Social Role Valorization at a quarter-century: Evolution, impact, and renewal. *A Quarter-Century of Normalization and Social Role Valorization*. Ottawa : University of Ottawa Press, 1999. URL: <https://books.openedition.org/uop/2491> (last accessed: 21.01.2021).
291. Normalization. *The Minnesota Governor's Council on Developmental Disabilities* : Website. URL: <https://mn.gov/mnddc/parallels/five/5c/4.html> (last accessed: 21.01.2021).
292. Ostrolutska L. Public movements in formation of rehabilitation services for youth and children with disability: advantages and risks. *Intellectual Archive*. 2020. Vol. 9 (April–June). No. 2. P. 42–55. DOI: 10.32370/IA_2020_01_1
293. Perske R. The dignity of risk and the mentally retarded. *Mental retardation*. 1972. Vol. 10, No. 1. URL: https://mn.gov/mnddc/ada-legacy/pdf/The_Dignity_of_Risk.pdf?fbclid=IwAR0fsHo3ohMuAscPRctc235eL-dNw6_z4X1NFknllDgODQCHOU-w696Y118 (last accessed: 21.01.2021).
294. Schuntermann M. F. Behinderung und Rehabilitation: Die Konzepte der WHO und des deutschen Sozialrecht. *Die neue Sonderschule. Zeitschrift für Theorie und Praxis der pädagogischen Rehabilitation*. 1999. № 44(5). S. 342–363. URL: <http://bidok.uibk.ac.at/library/schuntermann-who.html> (abrufdatum: 21.01.2021).
295. Wolpert J. The Dignity of Risk. *Transactions of the Institute of British Geographers*. 1980. Vol. 5(4). P. 391–401. 11 p. DOI: <https://doi.org/10.2307/622018>

ДОДАТКИ

Додаток А

Розвиток правової моделі інвалідності і питань реабілітації

Розглянемо еволюцію розуміння інвалідності від медичної моделі до соціальної, правової в контексті формування міжнародного законодавства.

Протягом перших п'ятдесятьох років діяльності ООН люди з інвалідністю пройшли шлях від пасивного прийняття надаваних їм послуг до активної заяви про свою силу й упевненість у своїх здатностях і готовності вести незалежне життя в розрахунок тільки на себе.

У 1948 році Генеральна Асамблея ООН затвердила Загальну декларацію прав людини. У декларації було вказано про рівність всіх людей на право життя, свободи, особисту недоторканість на рівні закону, на соціальне забезпечення, на відпочинок, дозвілля, на освіту тощо. Для реалізації цих положень у 1948 році була створена Міжнародна федерація по позасімейному вихованню ЮНЕСКО, в 1946 Надзвичайний фонд захисту дітей ЮНІСЕФ.

У 1955 році Генеральною Асамблеєю ООН була прийнята Декларація прав людини. Відповідно до пункту 25 Декларації, кожна людина має «право на забезпечення на випадок безробіття, хвороби, інвалідності, вдовства, настання старості або іншого випадку втрати засобів до існування по незалежним від нього обставинам».

У Німеччині в 1951 рік прийнято постанову «Про навчання і виховання дітей і підлітків зі значними фізичними і психічними дефектами».

Договори про права людини, які прийняті у 1966 році: Міжнародний пакт про цивільні й політичні права та Міжнародний пакт про економічні, соціальні й культурні права, установили нові антидискримінаційні принципи. Ці два договори доповнили положення Декларації прав людини й разом з нею становлять Міжнародний білль про права людини. Особи з інвалідністю найбільш гостро потребували визнання основних прав і свобод людини.

Основним напрямом перших десяти років роботи ООН за питаннями інвалідності було їхнє соціальне забезпечення. Це здійснювалось у розробці механізмів і програм у впровадженні соціального добробуту й забезпечення. Питання прав більше розглядалось для людей з фізичними порушеннями, пізніше ООН зосередила свою увагу на *запобіганні інвалідності й реабілітації*. Секретаріат ООН, Економічна й Соціальна Рада і його допоміжний орган, Соціальна комісія були головними органами в роботі над цими питаннями.

Під час шостої сесії в 1950 році Соціальна комісія розглянула дві доповіді: «Соціальна реадaptaція осіб, що втратили працездатність» і «Соціальна

реадаптація сліпих». На цій же сесії Соціальна комісія розглянула доповідь Міжнародної програми соціальної допомоги для незрячих осіб та рекомендації щодо питань реабілітації, навчання й працевлаштування незрячих. Пізніше Економічна й Соціальна Рада розробила програму реабілітації людей з фізичною інвалідністю та профілактики й лікування сліпоти.

З 26 лютого по 3 березня 1950 року в Женеві відбулася конференція, на якій обговорювалися питання координації роботи спеціалізованих установ у галузі реабілітації осіб з інвалідністю. У конференції брали участь Секретаріат ООН, ВООЗ, ЮНЕСКО, Міжнародна організація у справах біженців і ЮНІСЕФ. Було ухвалено рішення про встановлення міжнародних стандартів у сфері освіти, лікування, навчання й працевлаштування осіб з інвалідністю, причому особлива увага була звернена на потреби незрячих осіб у найменш розвинених країнах.

Наприкінці 50-х рр. ХХ ст. діяльність ООН з питань осіб з інвалідністю змінила спрямованість із соціального добробуту на соціальне забезпечення. У 60-х роках переоцінка проведеної політики привела до деінституалізації й сприяла більше повній інтеграції людей з осіб з інвалідністю в різні сфери діяльності суспільства. Діяльність міжнародних організацій з питань осіб з інвалідністю змінювалась і реалізовувалась різними програмами ООН з реабілітації й запобіганню інвалідності.

ООН почала інформаційну компанію з нової теми (профілактики інвалідності і реабілітації) шляхом звичайного поширення просвітницьких публікацій з питань політики відносно людей з інвалідністю.

70-і роки ХХ століття відзначені новим підходом розуміння інвалідності. Поняття прав людини стосовно осіб з інвалідністю починають ставати загальноприйнятими у всьому світі. Протягом цього десятиліття Генеральна Асамблея прийняла дві важливі декларації щодо осіб з інвалідністю: Декларація про права розумово відсталих осіб (резолюція 2856 (XXVI) від 20 грудня 1971 року) забезпечила механізм захисту їхніх прав на національному й міжнародному рівні.

Резолюцією 3447 (XXX) від 9 грудня 1975 року Генеральна Асамблея прийняла Декларацію про права осіб з інвалідністю: захист, що заохочувала, права осіб з інвалідністю на національному й міжнародному рівнях. У Декларації визнавалося, що люди з інвалідністю мають ті ж цивільні й політичні права, що й інші особи, включаючи право на заходи, призначені для того, щоб дати їм можливість придбати якомога більшу самостійність.

1980 року – Міжнародна класифікація ушкоджень, порушень життєдіяльності та інвалідності. Зауважимо на те, що в ХХ столітті активно формувалось розуміння необхідності реабілітації осіб з інвалідністю. І перші

досягнення відбувались саме в медичній і трудовій реабілітації. Розуміння медичної реабілітації за останні десятиліття зазнала значної еволюції.

1981 рік, проголошений Міжнародним роком осіб з інвалідністю, був ознаменований численними програмами, дослідницькими проектами, рекомендаціями й новими стандартами в області політики. Протягом року була проведена велика кількість симпозіумів і конференцій, включаючи установчий конгрес Міжнародної організації осіб з інвалідністю, що пройшов у Сінгапурі з 30 листопада по 6 грудня. Створений у 1977 році Цільовий фонд Організації Об'єднаних Націй для проведення Міжнародного року осіб з інвалідністю одержав у формі пожертвувань від держав-членів понад 510 тисячі доларів США.

3 грудня 1982 року Генеральна Асамблея прийняла Всесвітню програму дій відносно осіб з інвалідністю. Програма передбачала політичні рішення, спрямованих на підтримку осіб з інвалідністю у трьох головних напрямках: попередження інвалідності, відновлення працездатності (економічної незалежності) й створення рівних можливостей для осіб з інвалідністю.

Програма дій і Міжнародний рік осіб з інвалідністю ознаменували початок нової ери, в якій поняття «особа з інвалідністю» визначається як відносини між особою з інвалідністю і оточенням. Обов'язковою умовою при цьому є знищення існуючих бар'єрів і досягнення повної участі осіб з інвалідністю в житті суспільства. Основними цілями й завданнями Програми є: 1) підтримка повної й ефективної участі людей з інвалідністю в соціальному житті й розвитку; 2) заохочення прав і захист достоїнства людей з інвалідністю; 3) сприяння одержанню рівного доступу до працевлаштування, інформації, товарів і послуг.

Проголошення Десятиліття осіб з інвалідністю ООН у грудні 1982 року привело до підвищеної активності спрямованої на поліпшення стану й становища в суспільстві осіб з інвалідністю. Особлива увага приділялася залученню нових фінансових ресурсів, поліпшенню можливостей на створення робочих місць й збільшенню активності осіб з інвалідністю в житті суспільства й країни.

На цьому етапі ООН разом з Генеральною Асамблеєю, наголошували, що люди із психічними або фізичними порушеннями мають користуватися тими ж правами при працевлаштуванні, що й інші кваліфіковані громадяни. Було прийнято зобов'язання про введення рівних можливостей працевлаштування для всіх людей незалежно від їхнього походження й віросповідання, етнічного походження або інвалідності.

Таллінські керівні принципи (1989 р.) діяльності в галузі розвитку людських ресурсів щодо інвалідності прискорили визнання осіб з інвалідністю

як суб'єктів, що самостійно вирішують свою долю, а не індивідуумів, які є залежними об'єктами уряду.

30 вересня 1990 року прийнята Всесвітня Декларація про забезпечення виживання, захисту й розвитку дітей, в якій зазначено, що варто приділяти більше уваги, виявляти піклування і надавати підтримку дітям з інвалідністю, а також іншим дітям, які знаходяться у вкрай важких умовах. Такі діти потребують особливої уваги, захисту і допомоги з боку сімей та спільноти. Держави повинні проводити заходи в інтересах розвитку дітей.

17 грудня 1991 року Генеральна Асамблея установила Принципи захисту осіб з порушенням психічного здоров'я й покращення психіатричної допомоги. Двадцять п'ять принципів визначають основні свободи й права. Крім цього вони включають також право на життя в суспільстві, право діагностики психічного захворювання, права й умови утримання в психіатричних установах. Правила є керівними принципами для держав – членів ООН, спеціалізованих установ, регіональних і міжнародних організацій, допомагають їм глибше оцінити проблеми, що перешкоджають здійсненню основних свобод і прав психічно хворих осіб.

16 грудня 1992 року Генеральна Асамблея призвала держави – члени ООН проводити кожного року 3 грудня заходи із відзначення Міжнародного дня осіб з інвалідністю. У цьому ж році Економічна й Соціальна Рада привітала проголошення Економічною й соціальною комісією для Азії й Тихого океану Азіатсько-тихоокеанського десятиліття осіб з інвалідністю, 1993-2002 роки. Дане рішення було прийнято з метою більше ефективного здійснення Всесвітньої програми дій відносно осіб з інвалідністю в Азіатському й Тихоокеанському регіоні.

20 грудня 1993 року Генеральна Асамблея прийняла Стандартні правила забезпечення рівних можливостей для осіб з інвалідністю. Програма ООН, що стосується осіб з інвалідністю, є основною програмою з питань інвалідності в рамках діяльності Організації Об'єднаних Націй. Вона здійснюється Відділом соціальної політики й розвитку Департаменту по економічних і соціальних питаннях Секретаріату ООН [260].

Правила передбачають, що реабілітаційні заходи повинні включати в себе відновлення функцій або компенсацію втрати. Реабілітація може відбуватися на будь-якому етапі життя людини, але, як правило, відбувається протягом обмежених періодів часу і включає в себе одне або декілька заходів. Реабілітація може варіюватися в діапазоні від базових заходів, які можуть надаватися співробітниками громадських центрів і членами сімей інвалідів, до більш складних заходів, що вимагають участі терапевтів. Успішна реабілітація

вимагає залучення всіх секторів у галузі розвитку, включаючи охорону здоров'я, освіту, самозабезпечення і соціальну захист.

Протягом наступних 50 років ООН сприяє змінам у кращу сторону не тільки для осіб з інвалідністю, а для всіх людей: створення «суспільства для всіх».

У 2006 році Генеральна Асамблея ООН прийняла Конвенцію про права осіб з інвалідністю, яка стала результатом багаторічних дій у ставленні до людей з інвалідністю, ґрунтується на прийнятій ООН «Стандартних правилах забезпечення рівних можливостей для осіб з інвалідністю» (1993 р.), «Всесвітньої програми дій у ставленні до людей з інвалідністю» (1982 р.), доповнюючи межі в області прав людини. Зазначена Конвенція була розроблена комітетом у склад якого входили представники урядів, національні правозахисні інститути, неурядові організації і організації громадського сектору осіб з інвалідністю, у тому числі і з України. Прийняття Конвенції стало новою ерою в області прав людей з інвалідністю, охоплює важливі сфери, такі як: доступність, особиста мобільність, автономність, освіта, реабілітація та зайнятість і впроваджує новий підхід – правову модель інвалідності. У Конвенції перелічені заходи, які мають вжити країни-учасники для забезпечення прав людям з інвалідністю.

У Проекті глобального плану дій ВООЗ щодо інвалідності на 2014-2021 рр визначено мету плану: досягнення оптимального здоров'я, функціонування, благополуччя і прав людини для всіх осіб з інвалідністю: 1) усунути бар'єри і покращити доступ до служб і програм охорони здоров'я; 2) покращити і розширити послуги з реабілітації, абілітації, асистивних технологій, допомоги і підтримки, а також реабілітації на рівні громади; 3) покращити збір даних про інвалідність і надати підтримку дослідженням/моніторингам у галузі інвалідності та пов'язаних з нею послуг.

У 2019 році ООН прийняло важливий документ – «Стратегію з інклюзії осіб з інвалідністю», яка базується на трьох головних підходах у справі інклюзії осіб з інвалідністю: 1) два взаємопов'язаних компоненти, що інвалідність це міждисциплінарна проблема (перший компонент) і потрібно цільове програмування (другий компонент); 2) комплексний характер компонентів, пов'язаний з такими факторами, як стать, вік, місце проживання впливає на формування особистості; 3) координація, яка є послідовною для пришвидшення прогресу вивченого накопиченого досвіду і забезпечення інклюзії осіб з інвалідністю. Стратегія має 4 ключові показники реалізації: 1) керівництво, стратегічне планування, управління (керівники вищої ланки кожної організації мають виступати за інклюзію ціленаправлено осіб з інвалідністю, проводити огляд реалізації політики/стратегії організації, вживати необхідних заходів);

2) інклюзія (має забезпечуватись і всебічно; приміщення, робочі місця, інформаційна і комунікаційна інфраструктури, участь у заходах – все має бути доступним для людей з інвалідністю); 3) програмна діяльність; 4) організаційна культура (працевлаштування у свої організації осіб з інвалідністю і створювати для них умови; навчання співробітників, щоб вони глибше розуміли проблеми осіб з інвалідністю; покращення комунікації для забезпечення прав людей з інвалідністю; розповсюдження інформації про необхідність інклюзивного підходу) [34; 35; 58; 152; 229; 250].

Особливості Європи в питаннях правової концепції осіб з інвалідністю

Важливим документом прийнятий напередодні сесії парламентської асоціації були Рекомендація R (92) 6 Комітету міністрів Ради Європи державам-членам про послідовну політику щодо осіб з інвалідністю від 9 квітня 1992 року. У документі визнано, що реабілітація осіб з інвалідністю, у результаті якої досягається їхня економічна і соціальна інтеграція, є обов'язком суспільства та гарантією їхньої людської гідності і рішення проблем, що виникають у цьому суспільстві перед особами з інвалідністю. Що ці питання необхідно включити в першочергове завдання будь-якої соціальної політики. Наголошено, що інтеграція осіб з інвалідністю – це завдання не тільки держави, а й суспільства в цілому і всіх його членів, представників і установ. Турбота про осіб з інвалідністю має бути обов'язком не тільки сім'ї, друзів і сусідів, але і всіх членів суспільства, які повинні усвідомлювати, що вони теж зобов'язані зробити для осіб з інвалідністю якомога більше звичайне життя і забезпечити участь у житті суспільства.

Країни ЄС проводять політику подальшого реформування реабілітаційної підтримки осіб з інвалідністю і забезпечення послуг за місцем проживання таких громадян у рамках звичайних соціальних служб і служб охорони здоров'я. Проводились дослідження з міжнародного порівняння між системами соціальної безпеки в розвинених країнах. Усі вони прийшли до висновку, що реальне порівняння систем і їхньої ефективності не можливе, тому що: 1) у кожної системи своя історія, 2) економічні ситуації в країнах розрізняються, 3) кожна країна по-своєму реалізує ці завдання.

Зазначена більшість досліджень проводиться на глобальному рівні і розрізняють Скандинавську, Англосаксонську і Німецьку моделі. Порівняння послуг у цих дослідженнях на практичному рівні не проводиться. Спостерігається загальноєвропейська тенденція підвищення відповідальності за заходи щодо професійної реінтеграції на рівні спільноти. Політика розвивається таким чином, що послуги з професійної реінтеграції повинні надаватися поряд з місцем проживання клієнта.

Гарними прикладами для демонстрації розвитку професійних послуг на рівні спільноти є Данія та Ірландія, де в кожній спільноті є конкретна відповідальність за зайнятість громадян з інвалідністю.

Тенденції в Європі до зменшення колективної оплати послуг і приватизації послуг по реінтеграції створюють умови для розширення спектру послуг і вибору. Одним з варіантів, які використовуються владою є впровадження відкритого конкурентного ринку за допомогою системи тендерів на послуги з соціальної реабілітації. Це спостерігається в Німеччині та Нідерландах. Іншим варіантом є створення системи, в якій послуги з реабілітації реалізуються в рамках тимчасових проектів. Такий проект може тривати кілька років, але не продовжується після закінчення своєї діяльності. Італія є однією з країн, де діє така система.

Розробка спеціального законодавства в деяких країнах, зусилля громадських рухів за права осіб з інвалідністю, наприклад, прийняття Мадридської Декларації Європейським Форумом осіб з інвалідністю (2002), прийняття Конвенції ООН з прав осіб з інвалідністю, а також представлення нової класифікації МКФ з особливим акцентом на участь, сприяли визнанню по всьому світу осіб з інвалідністю як рівних громадян суспільства.

Наступні стратегії (скорочення фінансових ресурсів) і зростаючий вплив самих отримувачів послуг (наприклад, через індивідуальний бюджет) приведуть до того, що особи з інвалідністю стануть більш активними і відповідальними користувачами послуг. Отже, особи, що визначають політичний курс, так само, як і постачальники послуг, повинні дуже серйозно поставитися до девізу «Нічого про нас без нас» [34; 35; 58; 152; 229; 250].

Додаток Б

Група міжнародних класифікаторів ВООЗ (WHO-FIC):

1989 – Міжнародний класифікатор хвороби (МКХ-10, ICD).

2019 – Міжнародний класифікатор хвороби (МКХ-11, ICD), вступає в дію 1 січня 2022 року.

2001 – Міжнародна класифікація функціонування, обмеження життєдіяльності (інвалідності) і здоров'я (МКФ, ICF); попередня версія: 1980 – Міжнародна класифікація ушкоджень, порушень життєдіяльності та інвалідності (МКП, International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps — ICIDH).

2006 – Міжнародна класифікація функціонування, обмеження життєдіяльності і здоров'я дітей та підлітків (МКФ-ДП).

2016 – Міжнародна класифікація функціонування, обмеження життєдіяльності і здоров'я дітей та підлітків (МКФ-ДП, ICF-CY, Children & Youth Version 2017), Резолюція ВООЗ -2012 (оновлена версія не ввійшла в роботу із-за етичних сперечань і злилась з попереднім варіантом).

2002 – Графік оцінки інвалідності ВООЗ 2.0 (WHODAS 2.0).

2018 – Міжнародна класифікація медичного втручання, 2-е видання (СІНІ-2)

Інші класифікації:

Міжнародна класифікація хвороб з онкології, 3-е видання (ICD-O-3).

МКБ-10. Класифікація психічних і поведінкових розладів: клінічні описи і рекомендації.

МКБ.10. Класифікація психічних і поведінкових розладів: діагностичні критерії для досліджень.

Застосування Міжнародного класифікатора хвороб в неврології (ICD-10-NA).

Застосування Міжнародного класифікатора хвороб в стоматології, 3-е видання (ICD-DA).

Родинні класифікації:

Міжнародна класифікація первинної медичної допомоги, 2-е видання (ICPC-2).

Міжнародна класифікація зовнішніх причин травм (ICESI).

Допоміжні засоби для осіб з інвалідністю. Класифікація та технології (IS9999).

Система анатомо-терапевтичної хімічної класифікації з певними добовими дозами (АТС / DDC).

Міжнародна класифікація сестринської справи (ICNP) [239].

Додаток В
**Порівняльна таблиця медицини хвороби і медицини здоров'я за
 Андріано Мілані-Сравенті і Людвіг Отто-Розер (1987):**

медицина хвороби	медицина здоров'я
дефект	компетенція
предмет лікування: хвора людина, особа з інвалідністю, особа після медичних втручань	громадянин
із лікування	турбота
ділення на відділи	комплексні послуги
модель спільних дій; рефлексії; тести; етапи втручання; спрямування на реальному часі	моделі структурної дії; цілісність особи у відношенні до його фізичного і соціального оточення; спрямоване в майбутнє
очікування відповідей (стимулів)	спостереження за творчими пропозиціями, діалог
негативна семіотика	позитивна семіотика
скринінг патології, аналітичне придбання	скринінг здоров'я, структурні придбання
профілактика захворювань, терапія дефекту в реабілітації	зміцнення здоров'я
ЛФК терапевтичний сеанс знання методів ізоляція відділення від фактичного середовища проживання	досвід консультація (терапевт доступний своїми знаннями) участь і життя в соціальному середовищі

Джерело: [289]

Додаток В-1

Каталог послуг з інтеграції осіб з інвалідністю відповідно до п.29 SGBI з точки зору ICDH-2, Німеччина, 1999, Майкл Ф. Шунтерманн

п.29 SGBI/ ICDH-2	Медичні послуги	Працевлаштування та зайнятість	Послуги соціальної інтеграції	Додаткові послуги
лікування функції / структури	медичне лікування; стоматологічне лікування; ліки; перев'язуючі матеріали; фізіотерапія; рухова терапія; мовленнєва терапія; протезування; ортопедичні і ін. допоміжні засоби	-	підтримка, покращення, поновлення фізичної і розумової мобільності	-
види діяльності	трудотерапія	-	розвиток розумових і фізичних здібностей до обов'язкової освіти; психічна рівновага	-
заняття	ЛФК	-	підготовка до освіти	спорт у групах під спостереженням лікаря
участь	-	збереження робочого місця або працевлаштування; зайнятість (вільний ринок праці або майстерня)	адекватна освіта; забезпечення життя в суспільстві; полегшення спілкування з оточенням; благоустрій житла; дієвий відпочинок, участь у соціальному і культурному житті	перехідна допомога; допомога за інвалідністю; кошти для життя; внески в обов'язкове медичне страхування; страхування від нещасних випадків; страхування пенсійне; допомога з просування кар'єри; покриття транспортних витрат; допомога по дому
активність	-	професійна підготовка або перекваліфікація; профорієнтація; освіта	сприяння забезпечення домашнього господарства	-

Джерело: [284]

Додаток Г

Словник

Абілітація – система заходів, спрямованих на опанування особою знань та навичок, необхідних для її незалежного проживання в соціальному середовищі: усвідомлення своїх можливостей та обмежень, соціальних ролей, розуміння прав та обов'язків, уміння здійснювати самообслуговування;

Медична реабілітація – система лікувальних заходів, що спрямовані на відновлення порушених чи втрачених функцій організму особи, на виявлення та активізацію компенсаторних можливостей організму з метою забезпечення умов для повернення особи до нормальної життєдіяльності, на профілактику ускладнень та рецидивів захворювання;

Професійна реабілітація – система заходів, спрямованих на підготовку особи до професійної діяльності, відновлення чи здобуття професійної працездатності шляхом адаптації, реадаптації, навчання, перенавчання чи перекваліфікації з можливим подальшим працевлаштуванням та необхідним соціальним супроводженням з урахуванням особистих схильностей та побажань особи;

Психолого-педагогічна реабілітація – система психологічних та педагогічних заходів, спрямованих на формування способів оволодіння знаннями, уміннями і навичками, надання психологічної допомоги, зокрема щодо формування самоутвердження і належної самооцінки особою своїх можливостей, засвоєння правил суспільної поведінки шляхом здійснення системної навчально-виховної роботи;

Психологічна реабілітація – система заходів, спрямованих на відновлення, корекцію психологічних функцій, якостей, властивостей особи, створення сприятливих умов для розвитку та утвердження особистості;

Реабілітація осіб з інвалідністю – система медичних, психологічних, педагогічних, фізичних, професійних, трудових, фізкультурно-спортивних, соціально-побутових заходів, спрямованих на надання особам допомоги у

відновленні та компенсації порушених або втрачених функцій організму для досягнення і підтримання соціальної та матеріальної незалежності, трудової адаптації та інтеграції в суспільство, а також забезпечення осіб з інвалідністю технічними та іншими засобами реабілітації і виробами медичного призначення;

Реабілітаційні послуги – послуги, спрямовані на відновлення оптимального фізичного, інтелектуального, психічного і соціального рівня життєдіяльності особи з метою сприяння її інтеграції в суспільство;

Реабілітаційні заходи – комплекс заходів, якими здійснюється реабілітація осіб з інвалідністю;

Соціальна реабілітація – система заходів, спрямованих на створення і забезпечення умов для повернення особи до активної участі в житті, відновлення її соціального статусу та здатності до самостійної суспільної і родинно-побутової діяльності шляхом соціально-середовищної орієнтації та соціально-побутової адаптації, задоволення потреби в забезпеченні технічними та іншими засобами реабілітації;

Соціальна допомога – система заходів, спрямованих на повернення особи до активного життя та праці, відновлення соціального статусу і формування в особи якостей, установок щодо пристосування до умов нормальної життєдіяльності шляхом правового і матеріального захисту її існування, підготовки до самообслуговування з формуванням здатності до пересування і спілкування, повсякденних життєвих потреб тощо;

Трудова реабілітація – система заходів, розроблених з урахуванням схильностей, фізичних, розумових і психічних можливостей особи і спрямованих на оволодіння трудовими навичками забезпечення трудової діяльності та адаптацію у виробничих умовах, у тому числі шляхом створення спеціальних чи спеціально пристосованих робочих місць;

Фізкультурно-спортивна реабілітація – система заходів, розроблених із застосуванням фізичних вправ для відновлення здоров'я особи та спрямованих

на відновлення і компенсацію за допомогою занять фізичною культурою і спортом функціональних можливостей її організму для покращення фізичного і психологічного стану;

Фізична реабілітація – система заходів, спрямованих на вироблення і застосування комплексів фізичних вправ на різних етапах лікування і реабілітації, що забезпечують функціональне відновлення особи, виявляють і розвивають резервні і компенсаторні можливості організму шляхом вироблення нових рухів, компенсаторних навичок, користування технічними та іншими засобами реабілітації, виробами медичного призначення [210].

Додаток Д

Довідник

Реабілітаційний процес включає такі *складові*:

- реабілітація в закладах охорони здоров'я;
- медико-соціальна, соціальна, психологічна, психолого-педагогічна, фізична, професійна, трудова, фізкультурно-спортивна реабілітація, соціальна адаптація;
- забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації, виробами медичного призначення;
- освіта, професійна орієнтація, сприяння у працевлаштуванні, виробнича адаптація;
- фізкультурно-спортивні заходи, оздоровлення [135; 3].

Послуги з реабілітації: а) *медична реабілітація* (відновна терапія, реконструктивна хірургія, профілактичні заходи, санаторно-курортне лікування); б) *психолого-педагогічна реабілітація* (консультування, психолого-педагогічна діагностика тощо; освітні послуги); в) *фізична реабілітація* (консультування ерготерапія лікувальна фізкультура); г) *професійна реабілітація* (професійна орієнтація, професійний відбір, професійна підготовка, перепідготовка та підвищення кваліфікації, професійна освіта); г) *трудова реабілітація* (пристосування та створення робочого місця з урахуванням безпеки та особливих потреб осіб з інвалідністю, раціональне працевлаштування); д) *фізкультурно-спортивна реабілітація* (навчання заняттям з фізичної культури оздоровлення в таборах фізкультурно-спортивної реабілітації інвалідів, навчально-тренувальні заняття з фізичної культури і спорту, заняття спортом); е) *соціальна та побутова реабілітація* (пристосування меблів, встановлення обладнання для адаптації житлових приміщень навчання основних соціальних навичок, соціально-побутовий патронаж, працетерапія); є) *забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації* (протезно-ортопедичні вироби; спеціальні засоби для самообслуговування та догляду; засоби для пересування; допоміжні засоби для

особистої рухомості, переміщення та підйому; меблі та оснащення; спеціальні засоби для орієнтування, спілкування та обміну інформацією).

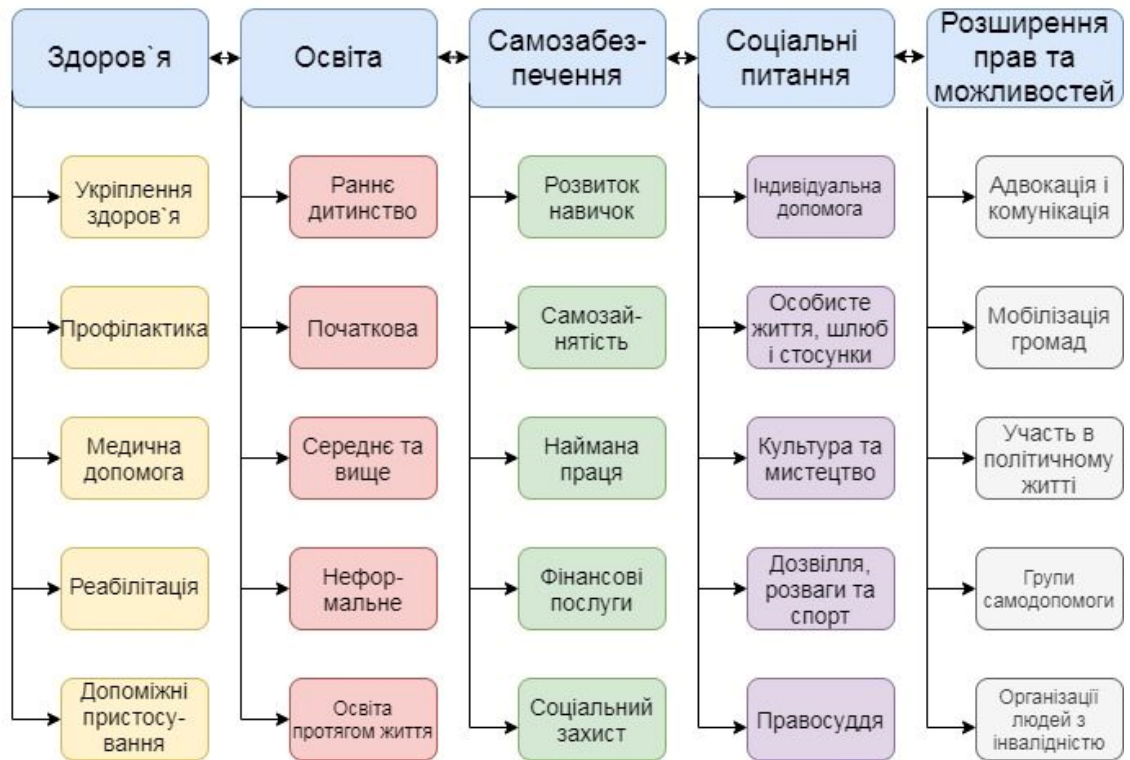
На сьогодні сфера дії Закону України “Про реабілітацію інвалідів в Україні” поширюється на: 1) громадян України, які в установленому порядку визнані інвалідами; 2) сім’ї осіб з інвалідністю; 3) дітей з інвалідністю; 4) осіб з інвалідністю із числа іноземців; 5) осіб без громадянства, які постійно проживають в Україні, та осіб, які набули статусу біженців в Україні, якщо інше не передбачено законами України чи міжнародними договорами, згода на обов’язковість яких надана Верховною Радою України; 6) осіб з інвалідністю-іноземців та осіб без громадянства, які на законних підставах тимчасово перебувають в Україні і мають право на реабілітацію, згідно із законами України чи міжнародними договорами, згода на обов’язковість яких надана Верховною Радою України тощо [210].

Порядок отримання реабілітаційних послуг: відповідно до пункту 3 Порядку для отримання послуг із комплексної реабілітації (абілітації), зокрема з метою попередження інвалідності, у реабілітаційній установі державної або комунальної форми власності отримувач або його законний представник подає до структурного підрозділу з питань соціального захисту населення районної, районної в м. Києві та Севастополі держадміністрації, виконавчого органу міської(міст республіканського та обласного значення), районної в місті (у разі її утворення) ради, крім мм. Києва та Севастополя, ради об’єднаної територіальної громади за місцем проживання (перебування) такі документи: заяву про надання послуг із комплексної реабілітації (абілітації); індивідуальну програму реабілітації, видану медико-соціальною експертною комісією, лікарсько-консультативною комісією лікувально-профілактичного закладу (для дітей з інвалідністю); висновок лікарсько-консультативної комісії лікувально-профілактичного закладу (для дітей віком до трьох років, які належать до групи ризику щодо отримання інвалідності) з рекомендаціями щодо проходження комплексної реабілітації (абілітації) в установі; паспорт громадянина України, свідоцтво про народження (для дітей з інвалідністю, дітей віком до трьох років,

які належать до групи ризику щодо отримання інвалідності) або інший документ, що посвідчує особу; документ, що засвідчує реєстрацію фізичних осіб у Державному реєстрі фізичних осіб – платників податків; документ про освіту (для отримувачів, які потребують професійної реабілітації); виписку з медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого (форма № 027/о); довідку про взяття на облік внутрішньо переміщених осіб (для отримувачів, які є внутрішньо переміщеними особами). Після подання необхідних документів до управління праці та соціального захисту населення районної в місті Києві державної адміністрації особа з інвалідністю, дитина з інвалідністю або дитина віком до трьох років, яка належить до групи ризику щодо отримання інвалідності може бути направлена до реабілітаційної установи сфери управління Міністерства соціальної політики України в установленому законодавством порядку [135].

Додаток Ж

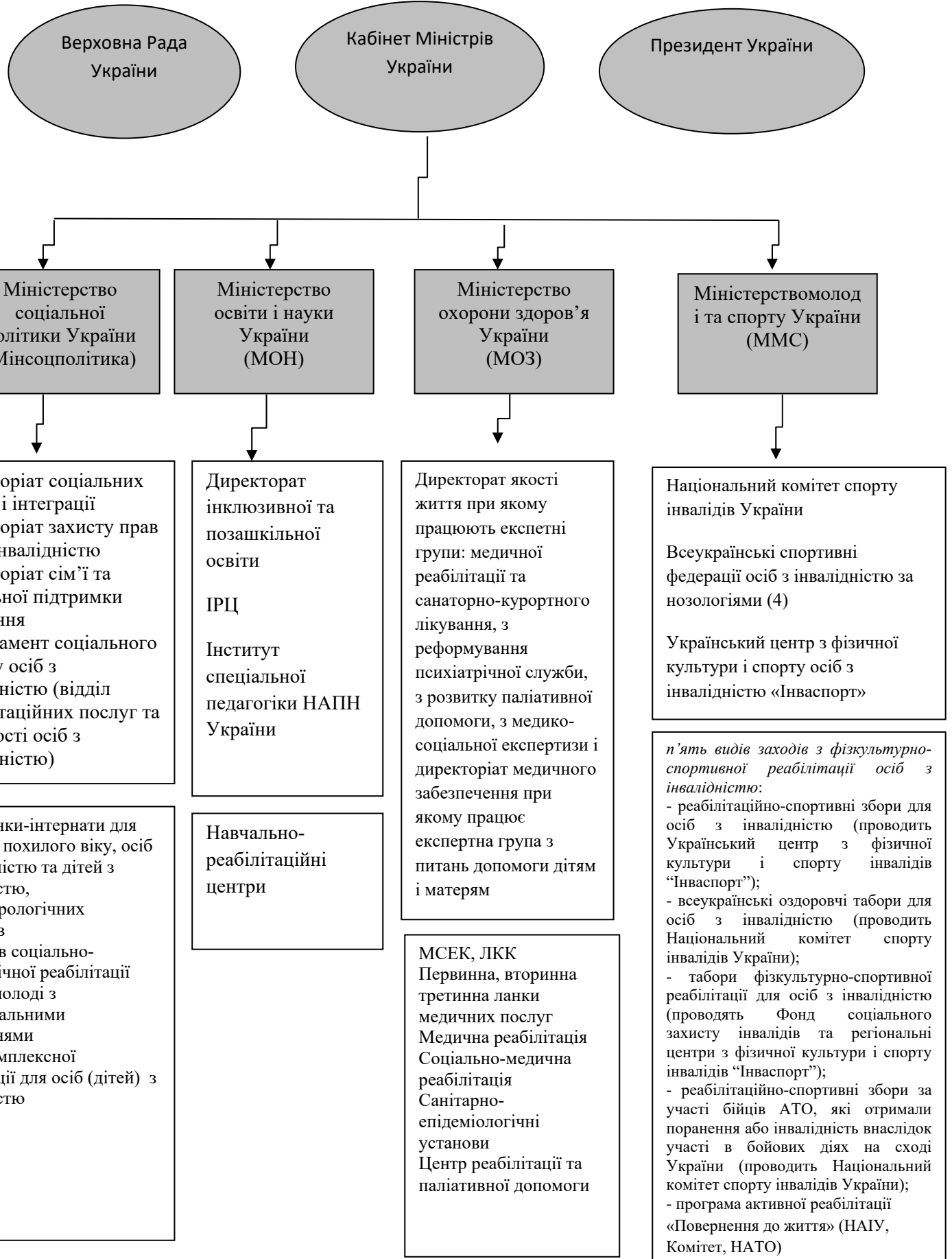
Матриця: Реабілітація на рівні громади



Джерело: [230]

Додаток 3

**Державні інституції, які здійснюють
соціальну політику щодо реабілітації
дітей та молоді з інвалідністю**



Додаток К

**Нормативно-правове забезпечення реабілітації
дітей та осіб з інвалідністю в Україні***Закони України*

- Закон України від 03.12.2020 № 1053-IX «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я».
- Закон України «Про державний бюджет України на 2019 рік» (з урахуванням Закону України № 265-IX, який набув чинності з 09.11.2019 р. щодо зміни назви бюджетної програми 2507100 на «Реабілітація дітей з інвалідністю»).
- Закон України від 16.12.09 р. № 1767-VI «Про ратифікацію Конвенції про права осіб з інвалідністю і Факультативного протоколу до неї».
- Закон України від 16.12.2009 № 1490-VIII «Про внесення зміни до Закону України «Про ратифікацію Конвенції про права осіб з інвалідністю і Факультативного протоколу до неї».
- Закон України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» (6.10.05р. № 2961-IV).
- Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо професійної і трудової реабілітації осіб з інвалідністю» (6.10.05 р. № 2960-IV).
- Закон України «Про ратифікацію Конвенції про професійну реабілітацію та зайнятість осіб з інвалідністю» (від 06.03.2003 № 624- IV).
- Закон України «Про охорону дитинства» (від 26.04.2001 № 2402-III).

Постанови Верховної Ради України

- Постанова Верховної Ради України 13 січня 2015 року № 96-VIII «Про Рекомендації парламентських слухань на тему: «Освіта, охорона здоров'я та соціальне забезпечення дітей з порушеннями психофізичного розвитку: проблеми та шляхи їх вирішення».

Постанови Кабінету Міністрів України

- Постанова Кабінету Міністрів України від 10.08.2019 № 675 «Про затвердження Положення про центр медичної реабілітації та паліативної допомоги дітям».
- Постанова Кабінету Міністрів України від 06.03.2019 № 221 «Про затвердження Положення про спеціальну школу та Положення про навчально-реабілітаційний центр».
- Постанова Кабінету Міністрів України від 27.03.2019 № 309 «Про затвердження Порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті для здійснення реабілітації дітей з інвалідністю».
- Постанова Кабінету Міністрів України від 21.11.2013 № 917 «Деякі питання встановлення лікарсько-консультативними комісіями інвалідності дітям».
- Постанова Кабінету Міністрів України від 5 квітня 2012 р. № 321 «Про затвердження Порядку забезпечення технічними та іншими засобами

реабілітації осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю та інших окремих категорій населення, переліку таких засобів».

– Постанова Кабінету Міністрів України «Деякі питання центрів з фізичної культури і спорту осіб з інвалідністю «Інваспорт» від 20.07.2011 № 766.

– Постанова Кабінету Міністрів України від 03.12.2009 № 1351 «Деякі питання забезпечення фізкультурно-спортивної реабілітації та розвитку спорту осіб з інвалідністю».

– Постанова Кабінету Міністрів України від 23.05.2007 № 757 «Про затвердження Положення про індивідуальну програму реабілітації осіб з інвалідністю».

– Постанова Кабміну від 12.05.2007 № 716 «Про затвердження Державної програми розвитку системи реабілітації та трудової зайнятості осіб з обмеженими фізичними можливостями, психічними захворюваннями та розумовою відсталістю на період до 2011 року».

– *Постанова Кабінету Міністрів України від 31 січня 2007 р. № 80 «Про затвердження Порядку надання інвалідам, дітям-інвалідам і дітям віком до двох років, які належать до групи ризику щодо отримання інвалідності, реабілітаційних послуг» (зі змінами).*

– Постанова Кабінету Міністрів України від 31 січня 2007 р. № 80 «Про затвердження Порядку надання окремим категоріям осіб послуг із комплексної реабілітації (абілітації)».

– Постанова Кабінету Міністрів України від 8 грудня 2006 р. N 1686 «Про затвердження Державної типової програми реабілітації осіб з інвалідністю».

– Постанова Кабінету Міністрів України від 08.09.2005 № 877 «Про затвердження типового положення про центр соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями».

– Постанова Кабінету Міністрів України від 12 жовтня 2000 р. N 1545 «Про схвалення Концепції ранньої соціальної реабілітації дітей-інвалідів»

– Постанова Кабінету Міністрів України від 13 жовтня 1993 р. N 859 «Про організацію діяльності загальноосвітніх шкіл соціальної реабілітації та професійних училищ соціальної реабілітації».

Розпорядження Кабінету Міністрів України

– Розпорядження від 28 грудня 2016 р. № 1073-р «Про затвердження плану заходів з виконання рекомендацій, викладених у заключних зауваженнях, наданих Комітетом ООН з прав осіб з інвалідністю, до першої доповіді України про виконання Конвенції ООН про права осіб з інвалідністю на період до 2020 року».

– Розпорядження від 25 серпня 2004 р. N 619-р «Про затвердження Концепції соціальної адаптації осіб з розумовою відсталістю».

– Розпорядження від 3 грудня 1999 р. № 1329-р про схвалення досвіду роботи Миколаївської облдержадміністрації та Фонду України соціального захисту

Укази Президента України

– від 13 грудня 2016 року №553 «Про заходи, спрямовані на забезпечення додержання прав осіб з інвалідністю».

– від 3 грудня 2015 року № 678 «Про активізацію роботи щодо забезпечення прав людей з інвалідністю».

– від 6 квітня 2006 року № 290 «Про заходи щодо фізкультурно-спортивної реабілітації інвалідів та підтримки паралімпійського і дефлімпійського руху в Україні».

– від 18 грудня 2007 року № 1228 «Про додаткові невідкладні заходи щодо створення сприятливих умов для життєдіяльності осіб з обмеженими фізичними можливостями».

– 13 липня 2001 року № 519/2001 «Про національну програму професійної реабілітації та зайнятості осіб з обмеженими фізичними можливостями на 2001-2005 роки».

– 23 червня 2001 року N 467/2001 «Про додаткові заходи щодо вдосконалення соціальної роботи з дітьми, молоддю та сім'ями».

Розпорядження Президента України

– від 13 вересня 1999 року № 221/99-рп «Про деякі питання ранньої соціальної реабілітації дітей-інвалідів».

Накази Міністерства соціальної політики України

– Наказ від 27.09.2018 № 1423 «Про затвердження форм документів щодо направлення окремих категорій осіб на комплексну реабілітацію (абілітацію)», зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 16.10.2018 р. № 1160/32612.

– Наказ «Про затвердження Державного стандарту соціальної реабілітації осіб з інтелектуальними і психічними розладами» від 17.12.2018 № 1901, зареєст. Мінюст. України від 18.01.2019 № 66/33037.

– Наказ від 10.01.2017 № 25 «Про затвердження Примірних штатних нормативів чисельності працівників реабілітаційної установи змішаного типу (комплексної реабілітації для осіб з інвалідністю внаслідок інтелектуальних порушень».

– Наказ від 31 жовтня 2016 р. № 1252 «Деякі питання діяльності реабілітаційних установ для осіб з інвалідністю».

– Наказ «Деякі питання комплексної реабілітації осіб з інвалідністю» від 09.08.2016 № 855, Зареєстровано в Міністерстві юстиції України 01 вересня 2016 р. за № 1209/29339 (ТИПОВЕ ПОЛОЖЕННЯ про центр комплексної реабілітації для осіб з інвалідністю).

– Наказ Міністерства соціальної політики України від 28.07.2016 № 825 «Про затвердження форм документів для отримання особами з інвалідністю та дітьми віком до двох років, які належать до групи ризику щодо отримання інвалідності, реабілітаційних (абілітаційних) послуг у реабілітаційних установах»(зареєстровано в Міністерстві юстиції України 11 серпня 2016 року за № 1121/29251).

– Наказ «Про затвердження Типового положення про реабілітаційну установу змішаного типу (комплексної реабілітації) для осіб з інвалідністю внаслідок інтелектуальних порушень» від 15.02.2016 №112.

– Наказ «Про затвердження Типового положення про центр соціальної реабілітації дітей-інвалідів» (зі змінами) від 15.08.2015 № 505.

– Наказ «Про затвердження форм документів для отримання особами з інвалідністю та дітьми віком до двох років, які належать до групи ризику щодо отримання інвалідності, реабілітаційних (абілітаційних) послуг у реабілітаційних установах» (від 28.07.2015 № 825).

– Наказ від 31.03.2015 № 352 «Про затвердження Соціальних нормативів у сфері надання реабілітаційних послуг інвалідам та дітям-інвалідам» (zareєстровано в Міністерстві юстиції України 10 квітня 2015 року за № 408/26853).

– Наказ «Про затвердження Типового положення про центр професійної реабілітації інвалідів» від 06.04.2015 № 379.

– Наказ Міністерства соціальної політики України від 03.06.2014 № 347 «Про затвердження Порядку взаємодії державних органів та установ щодо професійної реабілітації, зайнятості та працевлаштування інвалідів» (zareєстровано в Міністерстві юстиції України 23 червня 2014 року за № 672/25449).

– Наказ «Про затвердження Порядку взаємодії державних органів та установ щодо професійної реабілітації, зайнятості та працевлаштування інвалідів» від 03.06.2014 № 347.

– Наказ від 15.08.2013 № 505 «Про затвердження Типового положення про центр соціальної реабілітації дітей-інвалідів» (zareєстровано в Міністерстві юстиції України 2 вересня 2013 року за № 1511/24043).

– Наказ від 19.07.2010 № 194 «Про затвердження Типових штатних нормативів чисельності працівників реабілітаційної установи змішаного типу для інвалідів і дітей-інвалідів».

– Наказ від 13.02.2007 № 201 (Мінюст від 06.03.2007 № 201/13468) «Про затвердження Типового положення про центр соціальної реабілітації дітей-інвалідів».

Накази Міністерства охорони здоров'я України

– Наказ від 23.05.2018 № 981 «Про затвердження перекладу Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я та Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я дітей і підлітків».

Накази Міністерства освіти та науки України

– Спільний наказ Міністерство освіти і науки України та Національна академія педагогічних наук України № 346/50 від 09.04.2014 р. «Про виконання рішення колегії від 23.01.2014 (протокол №1/2-2) про діяльність психолого-медико- педагогічних консультацій».

– Наказ від 13.12.2013 № 1772 «Про ліквідацію шкіл соціальної реабілітації».

- Наказ від 04.06.2013 № 680 «Про організацію діяльності психолого-медико-педагогічних консультацій».
- Наказ від 16.08.2012 р. № 920 зареєстрований у Міністерстві юстиції України 05 вересня 2012 року за № 1502/21814 «Про затвердження Положення про навчально-реабілітаційний центр».
- Наказ від 23.06.2011 р. № 623/61 «Про внесення змін до Положення про центральну та республіканську (Автономна Республіка Крим), обласні, Київську та Севастопольську міські, районні (міські) психолого-медико-педагогічні консультації».
- Наказ від 28.10.2010 р. № 1018 «Про затвердження Плану заходів щодо оптимізації мережі, фінансування загальноосвітніх шкіл соціальної реабілітації».
- Наказ від 8 жовтня 2007 р. N 62, зареєстровано в Міністерстві юстиції України від 19 жовтня 2007 р. За N 1197/14464 «Порядок складання форм індивідуальної програми реабілітації інваліда, дитини-інваліда».
- Наказ від 28 серпня 1997 р. «Про затвердження положення про навчально-реабілітаційний центр».
- Наказ від 20.08.1996р. №278 «Про затвердження Положення про шкільну психолого-медико-педагогічну комісію».
- накази Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту*
- Наказ 4 листопада 2008 р №4414 «Про затвердження Стратегії розвитку системи соціальних послуг для сім'ї, дітей та молоді на 2009 – 2014 роки».
- Наказ від 29.12.2006 № 4428 «Про затвердження Порядку погодження призначення на посаду та звільнення з посади директорів центрів соціально-психологічної допомоги, центрів соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями, соціальних гуртожитків для дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, соціальних центрів матері та дитини, центрів для ВІЛ-інфікованих дітей та молоді, центрів е соціалізації наркозалежної молоді, зареєстрований у Міністерстві юстиції України 24 січня 2007 р. за № 59/13326.
- Наказ від 12.02.2007 № 365 «Про затвердження переліку заходів Мінсім'яспорту щодо реалізації Концепції соціальної адаптації осіб з розумовою відсталістю».
- Наказ від 04.02.2006 N 299, зареєстровано в Міністерстві юстиції України від 3 травня 2006 р. за N 506/12380 «Про затвердження Типових нормативів оснащення».
- Наказ від 30.05.2006 № 1776 «Про затвердження кваліфікаційних характеристик посад «Директор центру соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями», «Директор соціального гуртожитку», «Директор соціального центру матері і дитини», «Директор центру для ВІЛ-інфікованих дітей та молоді» (зареєстрований у Міністерстві юстиції України 26.06.2006 за № 747/12621-12624).
- Наказ від 15.03.2006 № 794 «Про впорядкування умов оплати праці працівників притулків для дітей, центрів соціально-психологічної допомоги,

соціально-психологічної реабілітації дітей, соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями, соціальних гуртожитків, соціальних центрів матері та дитини, центрів для ВІЛ-інфікованих дітей та молоді, центрів е соціалізації наркозалежної молоді» (zareєстрований у Міністерстві юстиції України 03.05.2006 за № 510/12384).

– Наказ від 06.10.2005 № 2280 «Про затвердження Типових штатних нормативів працівників центрів соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями, соціального гуртожитку, соціального центру матері та дитини» (zareєстрований у Міністерстві юстиції України 10.09.06. № 119/11993, № 120/11994, № 121/11995).

Спільні накази Міністерств

– Наказ Міністерства праці та соціальної політики України, Міністерства освіти України, Міністерства охорони здоров'я України, Фонду України соціального захисту інвалідів № 95/187/146/55 від 11.06.1999 р. «Про затвердження Типового положення про центр професійної, медичної, соціальної реабілітації інвалідів».

Накази Державної соціальної служби для сім'ї, дітей та молоді

– Наказ від 05.04.2006 року № 19 «Про створення центрів соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями».

– Наказ від 04.09.2002 № 80 «Про затвердження примірного положення про спеціалізовану службу «Центр соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями».

Розпорядження Київської міської державної адміністрації

– Розпорядження від 24 березня 2008 №397 «Про затвердження заходів щодо розвитку в місті Києві системи реабілітації та трудової зайнятості осіб з обмеженими фізичними можливостями, психічними захворюваннями та розумовою відсталістю на період до 2011 року».

– Розпорядження від 15 травня 2003 р. № 810 «Про затвердження Типового положення про відділення соціально-медичної реабілітації дітей з дитячим церебральним паралічем, розумово відсталих дітей та з ураженням центральної нервової системи з порушенням психіки (денне перебування)».

– Розпорядження від 19.02.2001 року № 273 «Про створення спеціалізованої соціальної служби для молоді «Соціально-реабілітаційні центри для дітей та молоді з функціональними обмеженнями».

Рішення Київради

– Рішення № 164/3255 від 9 березня 2006 року «Про створення Центру ранньої соціальної реабілітації дітей-інвалідів».

– Рішення Київради від 18 березня 2004 року № 87/1297 «Про затвердження міської програми ранньої соціальної реабілітації дітей-інвалідів».

Додаток Л

Класифікаційний розподіл порушень здоров'я щодо дітей та молоді з інвалідністю

Джерело	Назва класифікації	Перелік одиниць	Не врахований показник
Типове положення про будинок дитини МОЗ (1998)	Медико-соціальний захист дітей-сиріт, дітей, які залишились без піклування батьків, з вадами фізичного та розумового розвитку (III-V груп здоров'я), віком від народження до чотирьох років	З органічним ураженням центральної нервової системи та порушенням психіки; з порушенням функції опорно-рухового апарату, у тому числі з дитячим церебральним паралічем без порушення психіки; з порушенням слуху та мови; з порушенням мови; з порушенням зору (сліпі та слабозорі); тубінфіковані, хворих з малим та згасаючими формами туберкульозу, ВІЛ-інфікованих	
А. Капська (2000)	Обмеження дитячої життєдіяльності	З розумовими обмеженнями, особи з сенсорними обмеженнями, особи з фізичними обмеженнями, особи із внутрішніми захворюваннями, особи з нервово-психічними захворюваннями	Комплексна інвалідність
Н. Комарова, Н. Коровашкіна, Р. Левін (2002)	Види захворювань	Порушення зору, порушення функцій опорно-рухового апарату; хронічні соматичні захворювання (цукровий діабет, астма, нефрит, серцево-судинні захворювання тощо), психоневрологічні захворювання, порушення слуху, порушення мови, порушення інтелектуального розвитку, комплексні порушення психофізичного розвитку (наприклад, сліпоглухонімота або сліпота, глухота, німота, дитячий церебральний параліч, які пов'язані із затримкою психічного розвитку, розумовою відсталістю тощо)	
Державна типова програма реабілітації осіб з	Особи з інвалідністю, діти з	Порушення опорно-рухового апарату і центральної периферичної нервової	Комплексна інвалідність, інтелектуальні

інвалідністю (2006)	інвалідністю з порушенням	системи, інтелектуальними і психічними порушеннями, по слуху, по зору, з порушенням внутрішніх органів, онкологічні захворювання	і психічні порушення є необхідність виокремити
Державний центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді для звітності центрів соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями з (2007)	Особи, які отримали реабілітацію	З ураженням опорно-рухового апарату (у т.ч. спинальними травмами), з ураженням органів зору, з ураженням органів слуху, з ураженням центральної нервової системи, з серцево-судинними ураженнями, з ураженням органів дихання, з внутрішніми хворобами	Ментальна інвалідність, інтелектуальна інвалідність, комплексна інвалідність
Мінсоцполітики України (2013)	Особи, які отримали реабілітацію	З психічними захворюваннями та розумовою відсталістю, з ураженням опорно-рухового апарату і периферичної нервової системи, з вадами зору, з вадами слуху, з ураженням внутрішніх органів, з онкологічними захворюваннями, інші	Ментальна інвалідність, інтелектуальна інвалідність
МКП (1980)	Класифікація порушень основних функцій організму людини	Порушення психічних функцій (сприйняття, уваги, пам'яті, мислення, мови, емоцій, волі). Порушення сенсорних функцій (зору, слуху, нюху, дотику). Порушення статико-динамічної функції. Порушення функцій кровообігу, дихання, травлення, виділення, обміну речовин і енергії, внутрішньої секреції	
Конвенція ООН про права осіб з інвалідністю (2006)	Особи з інвалідністю	Ментальна інвалідність Інтелектуальна інвалідність Сенсорна інвалідність Фізична інвалідність	

Джерело: розроблено автором

Додаток М

Центри (відділення) медико-соціальної реабілітації (МОЗ, Мінпраці)		Центр трудової, медико-соціальної і професійної реабілітації (Мінпраці)	
		Інваспорт (Мінсім'ямолодьспорт) Спеціальна олімпіада (ГО)	
		Навчально-реабілітаційний центр (МОН)	Центри (відділення) медико-соціальної та трудової реабілітації психічно хворих (МОЗ)
	ПМПК (МОН)		
		Приватні школи	Гуртожитки (ГО) Програма "Випускник"
Центр ранньої соціальної реабілітації (МОЗ, ГО)		Центри соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями (Міністерство України у справах сім'ї, молоді та спорту)	
<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>ЖИТТЄВИЙ ШЛЯХ ДИТИНИ, МОЛОДОЇ ЛЮДИНИ З ІНВАЛІДНІСТЮ</p> <p>0-3</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>4-6</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>7-17</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>18-35</p> </div> </div>			
Будинок дитини (МОЗ)	Дитячий будинок-інтернат (МОН)	Спеціальна школа-інтернат (МОН)	Психоневрологічний інтернат Будинки-інтернати (пансіонати) для громадян похилого віку, інвалідів та дітей (мінпраці)
	Дитячий будинок-інтернат, 4 профілі (Мінпраці)		

Додаток М-1

Центр комплексної реабілітації для осіб з інвалідністю (Мінсоцполітики)			
Центр комплексної реабілітації для осіб з інвалідністю (Мінсоцполітики)		Всеукраїнський реабілітаційно-відновлювальний спортивний центр Національного комітету спорту інвалідів України (ММС) Західний реабілітаційно-спортивний центр Національного комітету <i>Національний центр паралімпійської та дефлімпійської підготовки та реабілітації осіб з інвалідністю (м. Євпаторія) (анексований)</i>	
Український медичний центр реабілітації дітей з органічними ураженнями нервової системи (МОЗ)			
Навчально-реабілітаційні центри			
ІРЦ (МОН)		Центри соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями (Мінсоцполітики)	
Програми, центри раннього втручання (різне підпорядкування)	Приватні навчальні установи, приватні реабілітаційні центри, реабілітаційні програми ГО		Підтримане проживання
<p>ЖИТТЄВИЙ ШЛЯХ ДИТИНИ, МОЛОДОЇ ЛЮДИНИ З ІНВАЛІДНІСТЮ</p> <p>0-3 4-6 7-17 18-35</p>			
Центр реабілітації та паліативної допомоги (МОЗ)	Інклюзивні групи, дошкільні навчальні заклади (МОН) Інклюзивні класи, інклюзивні шкільні навчальні заклади (МОН) Спеціальні загальноосвітні школи (школи-інтернати) (МОН) Навчально-реабілітаційні центри (МОН) Інклюзивне навчання в музичних, художніх школах, школах мистецтв, хореографічних школах (МКІП)		Психоневрологічний інтернат Будинки-інтернати для громадян похилого віку та осіб з інвалідністю (Мінсоцполітики)
	Дитячий будинок інтернат для дітей з інвалідністю від 4 до 18 років з молодіжним відділеннями, 4 профілі (Мінсоцполітики)		

Додаток Н

Реабілітаційні заклади для дітей та молоді з інвалідністю в Україні

назва	мета:	категорія	завдання	протипоказання
1	2	3	4	5
<p>Центр медичної реабілітації та паліативної допомоги дітям (МОЗ)</p> <p>Постанова КМУ від 10.08.2019 № 675 «Про затвердження положення про центр медичної реабілітації та паліативної допомоги дітям»</p>	задоволення потреб дітей у медичній реабілітації та паліативній допомозі	<p>прийом дитини до відділення медичної реабілітації центру здійснюється після встановлення необхідного профілю медичної реабілітації, погодження умов перебування дитини із її законним представником або особою, що бере участь у догляді за дитиною, та з урахуванням думки дитини, якщо вона досягла такого віку та рівня розвитку, що може її висловити;</p> <p>прийом дитини до відділення паліативної допомоги центру здійснюється відповідно до критеріїв визначення пацієнта як такого, якому потрібна паліативна допомога, затверджених наказом МОЗ</p>	<p>надання послуг з медичної реабілітації; надання паліативної допомоги; організація амбулаторного лікування дитини, яка отримує послуги з медичної реабілітації або паліативну допомогу у центрі (у разі потреби); організація консультування дитини, яка отримує послуги з медичної реабілітації або паліативну допомогу у центрі, лікарями відповідної спеціалізації (у разі потреби); організація освітнього процесу для дитини, яка отримує послуги з медичної реабілітації або паліативну допомогу у центрі;</p> <p>впровадження сучасних, клінічно доведених програм і методик фізичної, медичної, соціальної, психологічної реабілітації та корекції; надання цілодобової медичної допомоги дитині, яка перебуває у центрі; створення умов для медичної реабілітації дітей відповідно до їх віку та стану здоров'я; навчання законних представників дитини та осіб, що беруть участь у догляді за дитиною, навичок догляду за дитиною з урахуванням її стану здоров'я, фізичного та психічного розвитку; надання консультативної, соціально-психологічної, інформаційної та амбулаторно-консультативної</p>	<p>медична реабілітація: встановлюється для кожної дитини згідно з індивідуальним планом комплексної реабілітації (абілітації) тривалістю не більше 45 календарних днів. Зазначений індивідуальний план може складатися з кількох курсів. У разі потреби визначаються реабілітаційні заходи, що будуть здійснюватися за місцем проживання дитини; паліативна допомога: хвороба у стані, що потребує стаціонарного чи</p>

			допомоги щодо діагностики, медичної реабілітації та паліативної допомоги законним представникам дитини та особам, що беруть участь у догляді за дитиною, дітям з інвалідністю, дітям з порушеннями розвитку, дітям, які мають невиліковні прогресуючі захворювання, що обмежують життєдіяльність.	спеціалізованого лікування в інших закладах охорони здоров'я; гостре інфекційне захворювання; активна форма туберкульозу
Навчально-реабілітаційний центр (МОН; незалежно від форми власності та підпорядкування) Постанова КМУ від 06.03.2019 № 211 «Про затвердження Положення про спеціальну школу та Положення про навчально-реабілітаційний центр»	реалізація права на освіту дітей з особливими освітніми потребами, зумовленими складними порушеннями розвитку, їх інтеграція в суспільство шляхом здійснення комплексних реабілітаційних заходів, спрямованих на відновлення здоров'я, здобуття освіти відповідного рівня, розвиток та корекцію порушень.	Учні (вихованці) з числа дітей з інвалідністю користуються пільгами, встановленими законодавством. Учні (вихованці) з числа дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, перебувають в інтернаті центру на повному державному утриманні. (Діти, які мають два або більше порушень, або діти, які себе не обслуговують і відповідно до індивідуальної програми реабілітації дитини з інвалідністю потребують індивідуального догляду та супроводу).	здобуття дітьми з особливими освітніми потребами, зумовленими складними порушеннями розвитку (далі - діти із складними порушеннями), початкової та базової середньої освіти з урахуванням особливостей їх психофізичного розвитку та відповідно до освітньої програми центру; забезпечення системного кваліфікованого психолого-педагогічного супроводу дітей із складними порушеннями з урахуванням стану їх здоров'я, особливостей психофізичного розвитку; соціалізація та інтеграція дітей із складними порушеннями в суспільство; проведення корекційно-розвиткової роботи; надання реабілітаційних послуг згідно з індивідуальною програмою реабілітації дитини з інвалідністю; надання консультацій батькам або іншим законним представникам, які виховують дітей із складними порушеннями, з метою обов'язкового	не передбачено

			залучення їх до освітнього процесу. Центри можуть бути: - для дітей, які мають порушення слуху у поєднанні з порушеннями інтелектуального розвитку та/або порушеннями опорно-рухового апарату; - для дітей, які мають порушення зору у поєднанні з тяжкими системними мовленнєвими порушеннями чи порушеннями інтелектуального розвитку та/або порушеннями опорно-рухового апарату, та сліпоглухих дітей; - для дітей, які мають порушення опорно-рухового апарату у поєднанні з тяжкими системними мовленнєвими порушеннями чи порушеннями інтелектуального розвитку; - для дітей з порушеннями інтелектуального розвитку у поєднанні з тяжкими порушеннями мовлення.	
ЦСПРДМФО (Мінсоцполітики) постанову Кабінету Міністрів України від 08.09.2005 № 877 «Про примірне Положення про центри соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з	заклад денного перебування дітей та молоді з функціональними обмеженнями віком від 7 до 35 років, метою діяльності якого є відновлення та підтримка їх фізичного та психічного стану, адаптація та	дітей та молоді з функціональними обмеженнями віком від 7 до 35 років	забезпечує розроблення та виконання реабілітаційних програм; надає різні види соціальних послуг; залучає батьків до співпраці в процесі реабілітації, дає їм методичні поради; організовує клуби за інтересами, проводить конкурси, фестивалі; організовує проведення заходів, спрямованих на успішну реабілітацію та інтеграцію в суспільство дітей та молоді, що в ньому перебувають; здійснює лікувально-оздоровчі заходи, подає невідкладну	До центру не приймаються особи із симптомами хвороби в гострому періоді або в період загострення хронічних чи психічних захворювань за висновком лікаря центру

функціональними обмеженнями»	інтеграція суспільство у		допомогу в разі необхідності; направляє у разі потреби осіб, які звернулися до центру, до інших закладів та установ, що можуть забезпечити задоволення їх потреб; забезпечує щоденне одноразове харчування дітей та молоді, що в ньому перебувають.	
центр комплексної реабілітації (Мінсоцполітики) Наказ від 09.08.2016 № 855 «Деякі питання комплексної реабілітації осіб з інвалідністю», зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 01.08.2016 № 1209/29339	засвоєння ними знань, умінь, навичок, досягнення і збереження їхньої максимальної незалежності, фізичних, розумових, соціальних, професійних здібностей з метою максимальної реалізації особистого потенціалу.	осіб з інвалідністю, які досягли повноліття, та/або дітей з інвалідністю, та/або дітей віком до трьох років (включно), які належать до групи ризику щодо отримання інвалідності	створення умов для зменшення та подолання інтелектуальних і фізичних порушень, запобігання таким порушенням, коригування порушень розвитку, формування та розвиток основних соціальних і побутових навичок; створення умов для запобігання та недопущення дискримінації Осіб, зокрема шляхом забезпечення розумного пристосування; розвиток навичок автономного проживання в суспільстві з необхідною підтримкою, формування стереотипів безпечної поведінки, опанування навичок захисту власних прав, інтересів і позитивного сприйняття себе та оточуючих; надання соціальних послуг під час реабілітаційного процесу; підготовку батьків або законних представників Осіб до продовження (у разі потреби) реабілітаційних заходів поза межами Установи; проведення комплексу реабілітаційних заходів відповідно до	гострі інфекційні захворювання до закінчення строку ізоляції; усі захворювання в гострій стадії та заразній формі; часті судомні напади та їх еквіваленти; захворювання, що супроводжуються тяжкими порушеннями поведінки, небезпечними для людини та її оточення (за умови несупроводження особи з інвалідністю її батьками або законними

			індивідуальних планів реабілітації Осіб, складених, зокрема, з метою реалізації індивідуальних програм реабілітації, із залученням до участі в цьому процесі Осіб і (в разі потреби) їхніх батьків або законних представників; проведення заходів, зокрема з професійної орієнтації, опанування Особами трудових навичок, у тому числі в майстернях, визначення їхніх можливостей щодо професійного навчання у відповідних навчальних закладах, центрах професійної реабілітації (денна зайнятість); сприяння у встановленні опіки чи піклування у разі визнання Особи недієздатною або якщо її дієздатність обмежена.	представниками).
Західний реабілітаційно-спортивний центр Національного комітету спорту інвалідів України (доручення Прем'єр-міністра України від 18 квітня 2006 року №14246/1/1-06)	Розвиток паролімпійського та дефлімпійського руху в Україні, залучення осіб з інвалідністю до фізичної реабілітації	для осіб від 18 років	фізкультурно-спортивна реабілітація та оздоровлення осіб з інвалідністю усіх видів інвалідності; забезпечення підготовки спортсменів з інвалідністю до Паралімпійських та Дефлімпійських ігор, чемпіонатів Європи і світу, всеукраїнських змагань, чемпіонатів України і міжнародних турнірів, проведення навчально-тренувального процесу спортсменів – з інвалідністю	Згідно висновку індивідуальної програми реабілітації особи з інвалідністю

Джерело: [133; 197; 200; 77; 130; 135]

Додаток Н-1

Розвиток центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю в міністерствах України

МОЗ

<i>етап пострадянського спадку, 1991–1992 рр.</i>	При психоневрологічних диспансерах формувались лікарняно-трудова майстерні, де здійснювалась трудова реабілітація
<i>етап варіативного розвитку (державні та громадські ініціативи), 1992–2000 рр.</i>	1994 р. - відділення ранньої соціальної реабілітації дітей-інвалідів (16 відділень) 1996 р. - Український медичний центр реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи МОЗ України (19 центрів)
<i>нормування соціальних практик реабілітації для дітей та молоді з інвалідністю, 2000–2007 рр.</i>	-
<i>розбудови ЦРДМ з інвалідністю як служб надання якісних та доступних послуг в умовах децентралізованого державного управління, 2007 р. – донині.</i>	Затверджується Постанова КМУ від 10.08.2019 № 675 «Про затвердження Положення про центр медичної реабілітації та паліативної допомоги дітям»

МОН

<i>етап пострадянського спадку, 1991–1992 рр.</i>	
<i>етап варіативного розвитку (державні та громадські ініціативи), 1992–2000 рр.</i>	навчально-реабілітаційні центри – заклади освіти, що було затверджено наказом МОН (від 28 серпня 1997 № 325)
<i>нормування соціальних практик реабілітації для дітей та молоді з інвалідністю, 2000–2007 рр.</i>	
<i>розбудови ЦРДМ з інвалідністю як служб надання якісних та доступних послуг в умовах децентралізованого державного управління, 2007 р. – донині.</i>	навчально-реабілітаційних центрів, затверджено наказом МОН від 16.08.2012 № 920, зареєстрований у Мінюсті 05.09.2012 № 1502/21814; постанова КМУ від 06.03.2019 № 221 «Про затвердження Положення про спеціальну школу та Положення про навчально-реабілітаційний центр»

Мінсоцполітики

<i>етап пострадянського спадку, 1991–1992 рр.</i>	
<i>етап варіативного розвитку (державні та громадські ініціативи), 1992–2000 рр.</i>	<p>1994 р. в місті Миколаїв (за рішенням районних виконавчих комітетів Заводського, Центрального, Ленінського, Корабельного районів) при територіальних центрах були створені відділення ранньої соціальної реабілітації дітей-інвалідів. До кінця століття в Миколаївській області їх нараховували 16 відділень за підтримки Фонду соціального захисту інвалідів</p> <p>1999 р. «Про затвердження Типового положення про центр професійної, медичної, соціальної реабілітації інвалідів» (спільний наказ з МОЗ, МОН)</p>
<i>нормування соціальних практик реабілітації для дітей та молоді з інвалідністю, 2000–2007 рр.</i>	<p>2001 р. відкрито Всеукраїнський центр професійної реабілітації інвалідів.</p> <p>2001 р. на базі Миколаївського центру «Надія» утворено Державний комплекс ранньої соціальної реабілітації дітей-інвалідів. Система складалась:</p> <p>1) Державний комплекс ранньої соціальної реабілітації дітей-інвалідів (м. Миколаїв);</p> <p>2) обласні центри ранньої реабілітації дітей з інвалідністю (один на область); 3) районні центри (відділення) ранньої соціальної реабілітації (один центр на кожний район області). Станом на 01.07.2008 року функціонувало 222 центри.</p> <p>Трансформовано у центри соціальної реабілітації (2007 р.).</p>
<i>розбудови ЦРДМ з інвалідністю як служб надання якісних та доступних послуг в умовах децентралізованого державного управління, 2007 р. – донині.</i>	<p>2007 -2018 рр. центри соціальної реабілітації дітей-інвалідів. Трансформовано у центри комплексної реабілітації.</p> <p>2013 р. – підпорядковано центри соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями.</p> <p>2016 - 2018 рр. реабілітаційна установа змішаного типу для осіб з інвалідністю і дітей з інвалідністю. Трансформовано в центр комплексної реабілітації.</p> <p>2016 - 2018 рр. - реабілітаційна установа змішаного типу (комплексної реабілітації) для осіб з інвалідністю внаслідок інтелектуальних порушень. Трансформовано в центр комплексної реабілітації.</p> <p>2015 - 2018 рр. – центр професійної реабілітації інвалідів. Трансформовано у центр комплексної реабілітації.</p> <p>2017 р. діяло п'ять типів реабілітаційних установ (державної і комунальної власності): центри професійної реабілітації осіб з інвалідністю – 4 установи; центри соціальної реабілітації дітей з інвалідністю – 118 установ; центри комплексної</p>

	<p>реабілітації для осіб з інвалідністю – 29 установ; реабілітаційні установи змішаного типу (комплексної реабілітації) для осіб з інвалідністю внаслідок інтелектуальних порушень – 2 установи; центри соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями – 18</p> <p>Наказ від 09.08.2016 № 855 «Деякі питання комплексної реабілітації осіб з інвалідністю», зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 01.08.2016 № 1209/29339.</p>
--	---

Міністерство молоді і спорту України

<i>етап пострадянського спадку, 1991–1992 рр.</i>	
<i>етап варіативного розвитку (державні та громадські ініціативи), 1992–2000 рр.</i>	<p>1993 – Інваспорт</p> <p>1993 – соціальні служби для молоді; соціально-реабілітаційні центри для молоді-інвалідів, програми інтеграції</p>
<i>нормування соціальних практик реабілітації для дітей та молоді з інвалідністю, 2000–2007 рр.</i>	<p>2001 році створено Національний центр параолімпійської і дефлімпійської підготовки та реабілітації інвалідів за фінансування Фонду соціального захисту інвалідів.</p> <p>Спеціалізовані соціальні служби «Центри соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями» створено наказом Держсоцслужби від 04.09.2002 № 80, трансформовано постановою Кабінету Міністрів України від 08.09.2005 № 877 «Про примірне Положення про центри соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями»: 2006 – 4, 2007 – 8, 2010 – 14, 2011 – 15, 2012 – 17, 2013 – 19, 2014 – 16, 2017 – 18, 2018 – 13, 2019 – 16</p>
<i>розбудови ЦРДМ з інвалідністю, 2007 р. – донині.</i>	<p>2014 – Західний реабілітаційно-спортивний центр Національного комітету спорту інвалідів України (Львівська обл.)</p> <p>2018 – Всеукраїнський реабілітаційно-відновлювальний спортивний центр Національного комітету спорту інвалідів України</p>

Джерело: опрацьовано автором

Додаток П
Реабілітаційні заклади та реабілітаційні програми м. Києва

<i>медичної реабілітації</i>	<i>медико-соціальної реабілітації</i>	<i>соціальної реабілітації</i>	<i>психолого-педагогічної реабілітації</i>	<i>фізичної реабілітації</i>	<i>професійної реабілітації</i>	<i>трудової реабілітації</i>	<i>фізкультурно-спортивної реабілітації</i>	<i>змішаного типу</i>
Український медичний центр реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи Міністерства охорони здоров'я України (МОЗ)	Спеціалізований заклад медико-соціальної реабілітації для надання допомоги дітям-сиротам, які залишились без піклування батьків, з органічними ушкодженнями центральної нервової системи та пошкодженнями психіки, 2000 (раніше Київський міський будинок дитини імені М. М.	Комунальна реабілітаційна установа "Київський міський центр незрячих", 2016 (Департамент соціальної політики Виконавчого органу КМДА)	5 Центрів соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями Дарницького, Деснянського, Оболонського, Подільського, Солом'янського районів м. Києва, 2006, як програми з 1996 року (7-35 років, КМЦССДМ)		Київський міський центр соціальної, професійної та трудової реабілітації інвалідів (Департамент соціальної політики Виконавчого органу КМДА)	Центр трудової реабілітації для осіб з інтелектуальною інвалідністю м. Києва, відділення в Голосіївському, Оболонському у районах (Департамент соціальної політики Виконавчого органу КМДА)	Позашкільний навчальний заклад «Дитячо-юнацька спортивна школа для осіб з інвалідністю з ігрових видів спорту «Метеор»	Центр медико-соціальної та трудової реабілітації психічно хворих № 2 (департамент охорони здоров'я Виконавчого органу КМДА)

	Городецького)							
Міський медичний центр проблем слуху та мовлення «Суваг» (департамент охорони здоров'я Виконавчого органу КМДА)	10 відділень соціально-медичної реабілітації для дітей з ДЦП, розумово-відсталих дітей та дітей з ураженням ЦНС, порушенням психіки при районних територіальних центрах соціального обслуговування населення м. Києва (денний догляд до 18 років)	Комунальна соціальна установа «Київський міський комплекс соціальної адаптації осіб з інтелектуальною інвалідністю»	2 Навчально-реабілітаційні центри (департамент освіти та науки Виконавчого органу КМДА)				Позашкільний навчальний заклад "Дитячо-юнацька спортивна школа для осіб з інвалідністю "Шанс"	Відділення медико-соціальної та трудової реабілітації психічно хворих Київського психоневрологічного диспансеру № 4 (департамент охорони здоров'я Виконавчого органу КМДА)
Консультативно-лікувальний центр патології мовлення при Київському міському психоневрологіч	Відділення № 6 «Центр медико-соціальної реабілітації» ТМО «Психіатрія»	Абілітація в будинку транзитного перебування Благодійного товариства допомоги	10 інклюзивно-ресурсних центрів (департамент освіти та науки				Комплексна дитячо-юнацька спортивна школа осіб з інвалідністю «Прометей»	«Центр для соціалізації, інклюзивна арт-студія» ГО «Бачити серцем»

ному диспансері №5 (департамент охорони здоров'я Виконавчого органу КМДА)	у м. Києві (від 18 років) (департамент охорони здоров'я Виконавчого органу КМДА)	особам з інвалідністю внаслідок інтелектуальних порушень «Джерела»	Виконавчого органу КМДА)					
	Психіатричне відділення медико-соціальної реабілітації дітей з порушенням психічного розвитку та вадами мовлення № 13 ТМО «Психіатрія» у м. Києві (2-6 років) (департамент охорони здоров'я Виконавчого органу КМДА)	Народний театр «Паростки» громадська організація «Спілка матерів дітей та дорослих осіб з інвалідністю внаслідок інтелектуальних та фізичних порушень м. Києва «Сонячний промінь»	Дитячий центр Громадська організація «Відчуй» (м. Київ)				Київська міська федерація фізкультури і спорту глухих (громадська організація)	У Україна
	Громадська організація «Центр реабілітації інвалідів-	«Центр соціальної реабілітації для дітей з комплексними	«Центр раннього розвитку» Всеукраїнської благодійної				Громадська організація «Спеціальна Олімпіада України»	

	спинальні в «Відродження-АРЦ»	порушеннями» ГО «Родина»	організації «Даун синдром»				(для осіб з інтелектуальною інвалідністю)	
		«Іпотерапевтичний центр «Спірит» громадська організація	Ком'юні-клуб громадської організації «Психічне здоров'я: об'єднатись, підтримати, допомогти»				«Спортивно-танцювальний клуб «Березіль»	
			Реабілітаційний центр «УТОС» (1998, громадська організація)					
							Київський міський центр з фізичної культури і спорту інвалідів «Інваспорт»	
3	14	6	21		1	3	7	4

Джерело: розроблено автором

Всього: 58

З них:

Державних – 1, Комунальних – 44, Громадських – 12, Приватний - 1

Додаток Р

Співпраця соціальних служб для молоді м. Києва з громадськими організаціями батьків дітей з інвалідністю (фінансування програм) 1997-2004 рр.

Міська громадська організація допомоги та сприяння дітям інвалідів «Церебрал»	«Видання журналу «Джин»», «Сприяння діяльності громадських об'єднань дітей інвалідів», «Створення інтернет-клубу для молодих інвалідів, які обмежені в пересуванні», «Делегування повноважень соціального працівника одному з батьків, що виховує дитину – інваліда»
Благодійне товариство допомоги інвалідам з інтелектуальною недостатністю «Джерела»	«Сприяння діяльності громадських об'єднань дітей інвалідів, делегування повноважень соціального працівника одному з батьків, що виховує дитину – інваліда», «Програма після шкільного виховання «Випускник»», «Організація пункту прокату реабілітаційного обладнання для дітей з функціональними обмеженнями «Пункт прокату»», «Підготовка дітей з особливими потребами до самостійного життя «Післязавтра», «Профілактика ранньої інституціалізації дітей із синдромом Дауна віком 0-5 років шляхом створення цільової Схеми ранньої реабілітації БТ «Джерела»», «Центр підтримки сім'ї, яка виховує дитину-інваліда із інтелектуальною недостатністю»
«Спеціалізована «Школа Життя»	«Сприяння діяльності громадських об'єднань дітей інвалідів», «Делегування повноважень соціального працівника одному з батьків, що виховує дитину – інваліда», «Організація пункту прокату реабілітаційного обладнання для дітей з функціональними обмеженнями «Пункт прокату»»
Спортивно танцювальний клуб «Березіль»	«Створення мережі соціально-реабілітаційних центрів для дітей та молоді з функціональними обмеженнями, сприяння діяльності громадських об'єднань дітей інвалідів»
Центр соціального розвитку дітей та юнацтва м. Києва	«Створення мережі соціально-реабілітаційних центрів для дітей та молоді з функціональними обмеженнями, сприяння діяльності громадських об'єднань дітей інвалідів»
Благодійний навчально-реабілітаційний центр «Виноградар»	«Створення мережі соціально-реабілітаційних центрів для дітей та молоді з функціональними обмеженнями, сприяння діяльності громадських об'єднань дітей інвалідів»
Спілка матерів розумово відсталих інвалідів Оболонського району м.Києва «Сонячний промінь»	«Інтеграційна театральна студія для молоді з розумовою відсталістю та їх звичайних однолітків», 2003 р.

Джерело: розроблено автором

Додаток С

Список опублікованих праць за темою дисертації

Наукові праці, в яких опубліковано основні наукові результати дисертації

1. Остролицька Л. І. Соціальна робота з дітьми та молоддю з інвалідністю: міфи та українська реальність. *Педагогічний альманах: Збірник наукових праць*. Херсон: КВНЗ «Херсонська академія неперервної освіти», 2012. Випуск 16. С. 242–247.

2. Остролицька Л. І. Інституалізація соціальної роботи щодо реабілітації дітей та молоді з інвалідністю (на прикладі міста Києва). *Вісник післядипломної освіти*. Серія : «Педагогічні науки». К., 2020. № 12 (41) С. 219–237.

3. Остролицька Л. І. Реалізація принципу участі дітей та молоді з інвалідністю у соціальній і реабілітаційній роботі. *Педагогіка формування творчої особистості у вищій і загальноосвітній школах*. К., 2020. № 69. Т. 3. С. 74–78. DOI <https://doi.org/10.32840/1992-5786.2020.69-3.14>.

4. Остролицька Л. І. Концепції реабілітації в контексті системних, інституційних і історичних змін. *Вісник ЛНУ імені Тараса Шевченка*, 2020. № 2 (333). С. 260–273.

5. Ostrolutska L. Public movements in formation of rehabilitation services for youth and children with disability: advantages and risks. *Intellectual Archive*. Toronto: Shiny Word. Corp. (Canada). 2020. Vol.9 (April–June). № .2. P. 42–55. doi: 10.32370/IA_2020_01_1.

Наукові праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації

6. Остролицька Л. Соціально-педагогічні компетенції спеціалістів соціальної роботи з дітьми та молоддю з інвалідністю та їх сім'ями. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка «Соціальна робота»*. К., 2017. № 1 (1). С. 57–63.

7. Остролицька Л. І. Соціальна робота з дітьми та молоддю з інвалідністю: міфи та українська реальність. Частина 2. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка «Соціальна робота»*. К., 2017. № 2 (2). С. 16–19.

8. Остролуцька Л. Інформаційна довідка про співпрацю Київського міського центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді з громадською організацією «Асоціація психіатрів України» та іншими громадськими організаціями, які працюють у галузі психічного здоров'я, комунальних закладів психічного здоров'я Виконавчого органу Київської міської ради (КМДА). *Вісник Асоціації психіатрів України*. К., 2019. № 3–4. С. 5–10.

9. Остролуцька Л. І. Етапи розвитку центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю за часів незалежності України. *Scientific Journal Virtus*. 2020. № 44, Мај. Р. 127–132.

10. Остролуцька Л.І. Зміст надання послуг дітям та молоді з функціональними обмеженнями центрами соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді м. Києва. *Соціальна робота і сучасність: теорія та практика: матеріали між нар. наук.-прак. конф., 16-17 травня 2012 року* / Б. В. Новіков, Л. М. Димитрова. К.: НТУУ «КПІ», 2012. С. 328–330.

11. Остролуцька Л. І. Формування професійної термінології в соціальній роботі і результат впливу її на суспільство. *Соціальна робота: теорія, історія, інноватика: матеріали VIII Між. Нар. наук.-практ. Конф., 15-16 травня 2014, м. Київ* / М-во освіти і науки України, НТУУ «КПІ», фак. соціології і права; улад.: А. А. Мельниченко, П. В. Кутуєв, А. О. Мігалуш. К.: Політехніка, 2014. С. 36–37.

12. Остролуцька Л. І. Проблеми сімей з психоневрологічною хворою дитиною. *Соціалізація і ресоціалізація особистості в умовах сучасного суспільства: матеріали V науково-практичної конференції* / за заг. редакцією Власової О. І., Невідомої В. Г., Дембицької Н. М. К.: в-во «Віваріо», 2016 р. С. 115–117.

Наукові праці, які додатково відображають наукові результати дисертації

13. Остролуцька Л.І. Особливості виховання та розвитку дітей з інвалідністю. *Підвищення виховного потенціалу прийомних батьків та батьків-вихователів: навч.-метод. посіб.* / Авт. кол.: Т. В. Бондаренко, А. А. Гришко,

Т. В. Журавель, І. Д. Зверева та ін.; за заг. ред. І.Д. Зверевої. К.: «Версо 04», 2011. С. 321–348.

14. Остролуцька Л.І. Навчальна програма «Надання допомоги людям з інвалідністю у разі виникнення /загрози виникнення надзвичайних ситуацій для працівників системи цивільного захисту, закладів пенітенціарної системи, охорони здоров'я, освіти та соціального захисту» / [Уклад.: А. А. Цимбал, С.В. Шмалей, М. В. Дмитрієва, Н. Й. Дуброва, К. С. Гутченко, Л. І. Остролуцька]. К., 2016. 18 с.; С. 3–5.

15. Остролуцька Л. І., Луценко І. В. Соціальна робота з сім'ями, в яких є особи з інвалідністю. *Соціальна робота з вразливими сім'ями та дітьми*: посіб. у 2-х ч.; Ч 2 / А.В. Аванесова, О.В. Безпалько, Т.П. Цюман та ін.; за заг. ред. Т.В. Журавель, З.П. Кияниці. К.: ОБНОВА КОМПАНІ, 2017. С. 161–190.

Додаток Т
Апробація результатів дисертації

Міжнародні науково-практичні конференції

V Міжнародна науково-практична конференція «Соціалізація і ресоціалізація особистості в умовах сучасного суспільства» (Київ, 11-12 листопада 2016 р.). Форма участі: очна. Тема доповіді: «Проблеми сімей з психоневрологічно хворою дитиною».

IV Міжнародна науково-практична конференція з соціальної роботи «Розвивальний потенціал сучасної соціальної роботи: методологія та технології» (Київ, 15-16 березня 2018 р.). Форма участі: очна. Тема доповіді: «Перспективи розвитку центрів реабілітації для дітей та молоді з інвалідністю в контексті пріоритетів державної соціальної політики».

XIX Міжнародна науково-практична конференція «Інклюзивне освітнє середовище: проблеми, перспективи, кращі практики» (Київ, 22-21 листопада 2019 р.). Форма участі: очна. Тема доповіді: «Презентація діяльності методичного центру «Незалежне життя».

XX Міжнародна науково-практична конференція «Інклюзивне освітнє середовище: проблеми, перспективи, кращі практики» (Київ, 18-19 листопада 2020 р.). Форма участі: очна. Тема доповіді: «Професійні команди в діяльності центрів соціальних служб і центрів реабілітації».

Всеукраїнські науково-практичні конференції з міжнародною участю

Перша Всеукраїнська науково-практична конференція з міжнародною участю «Соціальна робота в контексті соціокультурних змін» (Київ, 15-16 квітня 2016 р.). Форма участі: очна. Тема доповіді: «Роль центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді та центрів соціально-психологічної реабілітації для дітей та молоді з функціональними обмеженнями в умовах інформаційних змін суспільства».

Всеукраїнські науково-практичні конференції

Всеукраїнська науково-практична конференція «Соціальне становлення особистості в умовах суспільних трансформацій: наукові підходи та сучасні практики» (Київ, 15 грудня 2017). Форма участі: очна. Тема доповіді: «Принципи соціального становлення та розвитку молоді з інвалідністю в Україні».

Всеукраїнська науково-практична конференція «Мистецька педагогіка: традиції та інновації (теоретичні та практичні аспекти)» (Київ, 4-10 червня 2018 р.). Форма участі: очна. Тема доповіді: «Особлива роль мистецтва в реабілітації та інклюзії дітей з інвалідністю».

Форуми і конгреси

III Міжнародний конгрес зі спеціальної педагогіки, психології та реабілітології «Інклюзія в новій українській школі: виклики сьогодення» (Київ, 10 листопада 2017 р.). Форма участі: очна. Проведення майстер-класу: «Пріоритетні підходи до реабілітації дітей з інвалідністю та особливості проведення виховних заходів за участю дітей з інвалідністю».

Всеукраїнський форум до Дня захисту дітей «Дитина у тривожному середовищі: практики розвитку та відновлення» (Київ, 1-2 червня 2017 р.). Форма участі: очна. Проведення майстер-класу: «Заохочення підлітків та молоді з особливими потребами до активного громадського життя».

Круглі столи

Всеукраїнський круглий стіл організований Інститутом права ім. І. Малиновського Національного університету «Острозька Академія» та Всеукраїнською громадською організацією інвалідів «Інститут реабілітації та соціальних технологій» на тему «Моніторинг дотримання прав осіб з інвалідністю (дітей з інвалідністю) у контексті Конвенції ООН про права інвалідів» (Острог, 19 червня 2015 р.). Форма участі: очна. Тема доповіді: «Соціальна робота з дітьми в умовах сьогодення».

Круглий стіл організований Київським міським центром зайнятості, Київським міським центром соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді на тему: «Актуальні питання працевлаштування молоді з інвалідністю в м. Києві» (Київ, 27 березня 2017 р.). Форма участі: очна. Тема доповіді: «Молодь з інвалідністю не проблема, а ресурс. Послуги соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді та центрів соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями в питаннях працевлаштування».

публічній презентації Департаменту соціальної політики виконачого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації) концепції створення «Єдиного реабілітаційного простору» в місті Києві для сімей, які виховують дітей та молодь з інвалідністю (Київ, 30 листопада 2018 р.). Форма участі: очна. Тема доповіді: «Досвід роботи районних у м. Києві центрів соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями».

практичних конференціях

Практична конференція спеціалістів центрів соціально-психологічної реабілітації для дітей та молоді з функціональними обмеженнями та РЦСССДМ, партнерських організацій «Найкращі практики соціальної роботи, соціально-психологічної реабілітації дітей, молоді з інвалідністю та сімей:

реабілітація на рівні громади» (Київ, 1 липня 2015 р.). Форма участі: очна. Тема доповіді: «Пріоритети соціальної роботи з дітьми та молоддю з інвалідністю, і сім'ями: реабілітація на рівні громади».

Практична конференція спеціалістів центрів соціально-психологічної реабілітації для дітей та молоді з функціональними обмеженнями та РЦСССДМ, партнерських організацій «Кращі практики соціальної роботи з дітьми та молоддю з інвалідністю, їх сім'ями: реабілітація на рівні громади м. Києва» (Київ, 4 жовтня 2016). Форма участі: очна. Тема доповіді: «Пріоритети соціальної роботи з дітьми та молоддю з інвалідністю, і сім'ями: реабілітація на рівні громади».

Науково-практична конференція «Незалежне життя дітей та молоді з інвалідністю: реабілітація на рівні громади» (Київ, 7-8 грудня 2017 р.). Форма участі: очна. Тема доповіді: «Перспективи розвитку послуг на рівні громади в м. Києві для сімей, в яких виховуються діти та молодь з інвалідністю». Проведення інтерактивної зустрічі «Реабілітація на рівні громади».

всеукраїнському науково-практичному семінарі – Всеукраїнський науково-практичний семінар «Організація комплексної допомоги дітям з психофізичними вадами: освітні, соціальні та медичні послуги» (Львів, 11-12 листопада 2014 р.). Форма участі: очна. Тема доповіді: «Надання соціальних послуг особам з порушеннями психофізичного розвитку: реалії та перспективи»

Додаток Ф

Довідки та акти про впровадження результатів дослідження

ВИКОНАВЧИЙ ОРГАН КИЇВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ
(КИЇВСЬКА МІСЬКА ДЕРЖАВНА АДМІНІСТРАЦІЯ)

КИЇВСЬКИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ БОРИСА ГРИНЧЕНКА

Вул. Бульварно-Кудрявська, 18/7, м. Київ,
Україна, 04053, тел./факс: +380 44 272-19-02
kubg.edu.ua, e-mail: kubg@kubg.edu.ua
ЄДРПОУ 02136954



EXECUTIVE BODY OF KYIV CITY COUNCIL
(KYIV CITY STATE ADMINISTRATION)

BORYS GRINCHENKO
KYIV UNIVERSITY

18/7 Bulvarno-Kudriavska St., Kyiv,
Ukraine, 04053, tel./fax: +380 44 272-19-02
kubg.edu.ua, e-mail: kubg@kubg.edu.ua

27.11.2020 70-Н
№ _____ від _____

АКТ

**про впровадження результатів дисертації
Остролуцької Лариси Іванівни
на тему «Розвиток центрів реабілітації для дітей та молоді з інвалідністю в Україні
(90-і рр. XX – початок XXI ст.)»,
поданої на здобуття наукового ступеня кандидата педагогічних наук
зі спеціальності 13.00.05 – соціальна педагогіка**

Результати дисертаційної роботи Л. І. Остролуцької були апробовані впродовж 2014-2020 рр. шляхом впровадження дисциплін «Соціальна педагогіка», «Соціально-педагогічна профілактика та реабілітація: Соціально-педагогічна реабілітація дітей та молоді», «Соціальна політика в Україні: Спеціалізовані служби в соціальній сфері», «Технології соціально-педагогічної роботи» у навчальний процес Інституту людини Київського університету імені Бориса Грінченка для студентів першого (бакалаврського) рівня вищої освіти спеціальності 231 Соціальна робота освітніх програм «Соціальна робота», «Соціальна педагогіка».

Теоретичні й практичні аспекти досліджуваної Л. І. Остролуцької проблеми висвітлені у публікаціях і доповідях на наукових конференціях, круглих столах, семінарах, а також пройшли апробацію у процесі організації різних видів науково-дослідної роботи студентів спеціальності 231 Соціальна робота на базі кафедри соціальної педагогіки та соціальної роботи Інституту людини Київського університету імені Бориса Грінченка.

Результати дисертаційної роботи Л. І. Остролуцької включені в систему оптимізації навчання студентів Університету Грінченка, використовуються при розробленні навчальних програм першого (бакалаврського) та другого (магістерського) рівнів вищої освіти. Матеріали дисертаційної роботи є актуальними, мають вагоме теоретичне та практичне значення у процесі підготовки майбутніх соціальних працівників.

Акт про впровадження результатів дисертації Л. І. Остролуцької обговорено, схвалено та затверджено на засіданні кафедри соціальної педагогіки та соціальної роботи Інституту людини Київського університету імені Бориса Грінченка (протокол № 19 від 24 листопада 2020 року).

Акт виданий для подання до спеціалізованої вченої ради.

Проректор з наукової роботи



Наталія ВІШНІКОВА

Тетяна Лак (050-382-12-29)

Відкритий
міжнародний УНІВЕРСИТЕТ
розвитку людини
"УКРАЇНА"



Open
International UNIVERSITY
of Human Development
"UKRAINE"

Україна, 03115, м. Київ, вул. Львівська, 23, тел. 044-409-27-69, 067-406-53-92, 067-328-28-22
e-mail: office@uu.edu.ua <http://uu.edu.ua>

№ 2302 від 18.01.2021р.

ДОВІДКА

про впровадження результатів дисертаційного дослідження

Остролуцької Лариси Іванівни на тему:

«Розвиток центрів реабілітації для дітей та молоді з інвалідністю в Україні (90-і рр. XX – початок XXI ст.)» на здобуття наукового ступеню кандидата педагогічних наук за спеціальністю 13.00.05 – соціальна педагогіка

Упродовж 2016-2020 рр. в освітній процес кафедри соціальної роботи факультету психології Відкритого міжнародного університету розвитку людини «Україна» було впроваджено основні наукові результати дисертаційного дослідження здобувача наукового ступеня кандидата педагогічних наук Лариси Іванівни Остролуцької з теми «Розвиток центрів реабілітації для дітей та молоді з інвалідністю в Україні (90-і рр. XX – початок XXI ст.)», зокрема, репрезентовано аналіз концепції реабілітації дітей та молоді з інвалідністю та її суспільно-історичні зміни, динамічні аспекти змін у розбудові системи реабілітації дітей та молоді з інвалідністю.

Обговорення основних теоретичних положень та практичних рекомендацій дисертаційного дослідження Л. І. Остролуцької здійснювалась під час її виступів на Міжнародних науково-практичних конференціях «Інклюзивне освітнє середовище: проблеми, перспективи, кращі практики» (XX, Київ, 18-19 листопада 2020); «Інклюзивне освітнє середовище: проблеми, перспективи та кращі практики» (XIX, Київ, 20-21 листопада 2019 р.). Успішно використовувалися підготовлені дисертанткою матеріали по темі дисертаційного дослідження, перед студентами і викладачами Шяуляйського Університету (Литва), які навчаються за магістерською програмою подвійних дипломів із соціальної роботи. В 2020 році спільно з кафедрою впроваджено експериментальну послугу «Персональний асистент особи з інвалідністю».

Результати дисертаційної роботи Л. І. Остролуцької були апробовані впродовж 2016-2020 рр. в межах дисциплін «Соціальна педагогіка», «Практикум в соціальній роботі», «Система соціальних служб», «Технології соціальної роботи» у навчальний процес Інституту соціальних технологій Відкритого міжнародного університету розвитку людини «Україна» для студентів рівня фахової передвищої

освіти (фаховий молодший бакалавр) та першого (бакалаврського) рівня вищої освіти спеціальності 231 Соціальна робота освітніх програм «Соціальна робота».

Отримані в процесі соціально-педагогічного дослідження результати мають наукове та практичне значення та можуть бути використані при організації роботи при підготовці майбутніх соціальних педагогів, фахівців соціальної роботи.

Довідку про впровадження результатів дисертаційної роботи Л. І. Остролуцької «Розвиток центрів реабілітації для дітей та молоді з інвалідністю в Україні (90-і рр. XX – початок XXI ст.)» затверджено на засіданні кафедри соціальної роботи та педагогіки Відкритого міжнародного університету розвитку людини «Україна» «16» грудня 2020 р., протокол № 04.

Директор Інституту
соціальних технологій,
доктор педагогічних наук,
професор

С.Г. Адирхаєв

Завідуюча кафедри
соціальної роботи та педагогіки
к. психол. н.,
доцент

А.К. Базиленко



СУМСЬКА ОБЛАСНА РАДА
 ДЕПАРТАМЕНТ СОЦІАЛЬНОГО ЗАХИСТУ НАСЕЛЕННЯ
 СУМСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ ДЕРЖАВНОЇ АДМІНІСТРАЦІЇ
 КОМУНАЛЬНА УСТАНОВА СУМСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ -
 СУМСЬКИЙ ОБЛАСНИЙ ЦЕНТР
 КОМПЛЕКСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ ТА ОСІБ З ІНВАЛІДНІСТЮ

Ординаційний адрес: пр. Лівали Мисайки, буд. № 1, 6 м. Суми, 40034.
 Код ЄДРПОУ: 23818588, тел./факс: (0542) 60-36-30, 60-36-50, E-mail: socr@dszslsm.gov.ua

18.12.2020 № 1154/20

На № _____ від _____

ДОВІДКА

про впровадження результатів дисертаційного дослідження

Остролуцької Лариси Іванівни на тему:

«Розвиток центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю в Україні (90-і рр. ХХ – початок ХХІ ст.)» на здобуття наукового ступеню кандидата педагогічних наук за спеціальністю 13.00.05 – соціальна педагогіка

Реабілітація дітей та молоді з інвалідністю є важливим елементом як особистісного становлення особи з інвалідністю, так і розбудови інклюзивного суспільства. Здійснений дисертанткою науково-теоретичний аналіз історичного становлення в Україні реабілітаційних послуг для дітей та молоді з інвалідністю, процесу формування запити на реабілітаційні послуги та їх задоволення засобом створення організаційних структур по наданню комплексних послуг (реабілітаційних установ, закладів, центрів); практики розбудови послуг з соціальної реабілітації на терені однієї адміністративної одиниці (Сумська область) можна оцінювати вагомим внеском у вітчизняну науку та практику. Саме ці аспекти постали предметом уваги співробітника Комунальної установи Сумської обласної ради - Сумського обласного центру комплексної реабілітації для дітей та осіб з інвалідністю (далі - Центр) під час он-лайн зустрічей з авторкою дисертаційного дослідження, що були проведені в червні – вересні 2020 року (протоколи від 22.06.2020 №16, від 08.09.2020 № 24). Також віднайшла відгук, щодо очікуваної успішності у здійсненні реабілітаційних заходів для дітей з інвалідністю і постала як одна із засадничих положень організації роботи Центру, обґрунтована дисертанткою важливість застосування сімейного підходу при плануванні та наданні реабілітаційних послуг дитині з інвалідністю працівниками Центру.

Апробовані на базі Центру результати дисертаційного дослідження Л.І.Остролуцької можна визнати такими, що просують успішні практики з питань соціальної реабілітації дітей з інвалідністю і можуть бути корисні в організації роботи, різних за підпорядкуванням, служб по наданню реабілітаційних послуг для дітей з інвалідністю та їх законних представників.

Директор Центру,
канд. пед. наук



Олена СУЩЕНКО

«ЛЬВІВСЬКИЙ МІСЬКИЙ ЦЕНТР РЕАБІЛІТАЦІЇ «ДЖЕРЕЛО»

КОМУНАЛЬНА РЕАБІЛІТАЦІЙНА УСТАНОВА ЗМІШАНОГО ТИПУ

пр. Червоної Калини, 86а, 79012 м. Львів, Україна

тел. (032) 227-36-00, тел./факс (032) 227-36-01, E-mail: dzherelocentre@gmail.com

27.10.2020 № 628

ДОВІДКА

про впровадження результатів дисертаційного дослідження

Остролюцької Лариси Іванівни на тему:*«Розвиток центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю в Україні (90-і рр. XX – початок XXI ст.)» на здобуття наукового ступеню кандидата педагогічних наук за спеціальністю 13.00.05 – соціальна педагогіка*

Результати дисертаційного дослідження Остролюцької Лариси Іванівни з теми «Розвиток центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю в Україні (90-і рр. XX – початок XXI ст.)» були впроваджені в процес роботи Комунальної реабілітаційної установи змішаного типу «Львівський міський центр реабілітації «Джерело» в 2018-2020 р. р.

Обговорення основних теоретичних положень та практичних рекомендацій дисертаційного дослідження Л. І. Остролюцької здійснювалась під час її виступів на круглих столах, семінарах, конференціях, під час яких успішно використовувалися підготовлені дисертанткою матеріали по темі дисертаційного дослідження перед спеціалістами центру. Л. І. Остролюцькою запропоновано для впровадження в роботу центру концепція самостійного (незалежного) життя дітей та молоді з інвалідністю, біопсихосоціальна концепція реабілітації, підхід єдиних реабілітаційних цілей, сімейно-орієнтований підхід.

Апробація результатів дисертаційного дослідження Л. І. Остролюцької свідчать про її високий теоретико-методологічний рівень та доцільність їх подальшого впровадження у теорію і практику професійної підготовки соціальних педагогів і соціальних працівників в Україні.

Зважаючи на актуальність і наукову значущість окресленої проблематики результати дисертаційного дослідження Л. І. Остролюцької «Розвиток центрів реабілітації для дітей та молоді з інвалідністю в Україні (90-і рр. XX – початок XXI ст.)» обговорено і затверджено на засіданні колективу комунальної реабілітаційної установи змішаного типу «Львівський міський центр реабілітації «Джерело» 23.10.2020 протокол №02.



Директор

З. Люльчак



Україна

Комунальний заклад

Гніванський центр соціальних послуг «Джерело»

23310 Вінницька область, Тиврівський р-н, м. Гнівань вул. Макаренка, 14
e-mail: djerelo11@meta.ua

Від 18 листопада 2020 р. № 16

ДОВІДКА

про впровадження результатів дисертаційного дослідження

Остролуцької Лариси Іванівни на тему:

«Розвиток центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю в Україні (90-і рр. XX – початок XXI ст.)» на здобуття наукового ступеню кандидата педагогічних наук за спеціальністю 13.00.05 – соціальна педагогіка

Результати дисертаційного дослідження Остролуцької Лариси Іванівни з теми «Розвиток центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю в Україні (90-і рр. XX – початок XXI ст.)» були впроваджені в 2017-2020 рр. в процес роботи комунального закладу Гніванського центру соціальних послуг «Джерело», м. Гнівань, Тиврівського р-ну Вінницької області, який до 2019 року мав назву центр соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями «Джерело».

За програмою дисертанта були проведені курси для спеціалістів за темами: «Незалежне життя осіб з інвалідністю в громаді». Теоретична цінність зазначеного курсу полягає у поглибленні знань спеціалістів центру щодо процесів соціальної реабілітації з дітьми та молоддю з інвалідністю і їх підготовки до самостійного життя. Практичне значення полягає в удосконаленні професійних компетентностей спеціалістів, впровадження концепції самостійного (незалежного життя) та нормалізації сімей осіб з інвалідністю в діяльність центру.

Отримані в процесі соціально-педагогічного дослідження результати мають наукове та практичне значення та можуть бути використані при організації роботи при підготовці майбутніх соціальних педагогів, фахівців соціальної роботи, розвитку діяльності центрів реабілітації для дітей та молоді з інвалідністю.

Результати дисертаційного дослідження Л.І. Остролуцької «Розвиток центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю в Україні (90-і рр. XX – початок XXI ст.)» обговорено і затверджено на зборах колективу комунального закладу Гніванського центру соціальних послуг «Джерело» 16 листопада 2020 р., протокол № 10.

Директор КЗ ЦСП «Джерело»



В. М. Компанець



УКРАЇНА
Виконавчий орган Київської міської ради
(Київська міська державна адміністрація)

**КИЇВСЬКИЙ МІСЬКИЙ ЦЕНТР СОЦІАЛЬНИХ СЛУЖБ
ДЛЯ СІМ'Ї, ДІТЕЙ ТА МОЛОДІ**

03057, Україна, м. Київ, вул. О.Довженка, 2, тел./факс: +38 044 458 27 67. Код ЄРДІОУ 19137032. Call-центр (044) 0-51

16.10.2020 № 051/0614

на № _____

ДОВІДКА

про впровадження результатів дисертаційного дослідження

Остролуцької Лариси Іванівни на тему:

«Розвиток центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю в Україні (90-і рр. ХХ – початок ХХІ ст.)» на здобуття наукового ступеню кандидата педагогічних наук за спеціальністю 13.00.05 – соціальна педагогіка

Результати дисертаційного дослідження Остролуцької Лариси Іванівни з теми «Розвиток центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю в Україні (90-і рр. ХХ – початок ХХІ ст.)» були впроваджені в процес роботи Київського міського центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді 2012-2020 р.р.

За результатами апробації наукової роботи Л.І.Остролуцькою було запроваджено проведення в 2016 і 2019 р.р. стратегічних сесій щодо розвитку центрів соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями м. Києва на яких була відпрацьована взаємодія з районними центрами соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді; визначено місія, цінності соціально-педагогічної роботи з сім'ями, які виховують дітей та молодь з інвалідністю; обговорена модель якості послуги. В 2018-2020 рр. запропоновано впровадження результатів наукової роботи в реалізацію соціальних заходів (програми) «Методичне забезпечення соціально-психологічної реабілітації (абілітації) дітей, молоді з інвалідністю та їх сімей «Методичний центр «Незалежне життя» КМЦСССДМ, метою якого є впровадження концепцій самостійного (незалежного життя) в підготовку спеціалістів, активізацію батьків дітей з інвалідністю і молоді з інвалідністю; розширення і поглиблення компетенцій спеціалістів мережі з соціальної роботи з особами з інвалідністю; підвищення якості соціальних послуг.

Теоретичні й практичні аспекти досліджуваної проблеми висвітлені у методичних розробках, публікаціях і доповідях на науково-практичних конференціях, семінарах, круглих столах, а також пройшли апробацію у процесі здійснення різних видів організаційно-методичної роботи мережі центрів соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями м. Києва.

Впровадження розробок і рекомендацій Л.І.Остролуцької дало змогу систематизувати процес навчання спеціалістів мережі закладів соціальної

підтримки сімей, дітей та молоді без відриву від виробництва, сприяло розширенню і поглибленню знань спеціалістів про особливості соціально-педагогічної, реабілітаційної роботи з дітьми та молоддю з інвалідністю та членами їх сімей.

Отримані в процесі соціально-педагогічного дослідження результати мають наукове та практичне значення та можуть бути використані при організації роботи при підготовці майбутніх соціальних педагогів, фахівців соціальної роботи, розвитку діяльності центрів реабілітації для дітей та молоді з інвалідністю.

Результати дисертаційного дослідження Л. І. Остролицької «Розвиток центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю в Україні (90-і рр. ХХ – початок ХХІ ст.)» обговорено і затверджено на засіданні колективу Київського міського центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді «Об» жовтня 2020 р., протокол № 1-10.

Директор



Ярослава КОЛОБОВА



**ЦЕНТР СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ ТА
МОЛОДІ З ФУНКЦІОНАЛЬНИМИ ОБМЕЖЕННЯМИ В
ОБОЛОНЬКОМУ РАЙОНІ МІСТА КИЄВА**

вул. Йорданська, 7 - Г, м. Київ, Україна, 04211, тел./факс: (044) 419-94-79, (044) 464-75-44
E-mail: info@pspkyiv.com, код ЄДРПОУ: 38511264

« 17 » листопада 2020 р.

м. Київ

№ 01-26-03_

ДОВІДКА

про впровадження результатів дисертаційного дослідження

Остролуцької Лариси Іванівни на тему:

*«Розвиток центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю в Україні
(90-і рр. XX – початок XXI ст.)» на здобуття наукового ступеню кандидата
педагогічних наук за спеціальністю 13.00.05 – соціальна педагогіка*

Результати дисертаційного дослідження Остролуцької Лариси Іванівни з теми «Розвиток центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю в Україні (90-і рр. XX – початок XXI ст.)» були впроваджені в процес роботи центру соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями Оболонського району м. Києва в 2013-2020р.р.

Обговорення основних теоретичних положень та практичних рекомендацій дисертаційного дослідження Л. І. Остролуцької здійснювалась під час її виступів на організаційно-методичних нарадах, семінарах, конференціях, під час яких успішно використовувалися підготовлені дисертанткою матеріали по темі дисертаційного дослідження перед спеціалістами центру. Л. І. Остролуцькою запропоновано для впровадження в роботу центру біопсихосоціальна концепція реабілітації, концепція самостійного (незалежного) життя дітей та молоді з інвалідністю, підхід єдиних реабілітаційних цілей, сімейно-орієнтований підхід.

Загалом наукова робота Л.І. Остролуцької отримала позитивну оцінку спеціалістів центру та є значним внеском у розвиток вітчизняної соціально-педагогічної науки.

Зважаючи на актуальність і наукову значущість окресленої проблематики результати дисертаційного дослідження Л. І. Остролуцької «Розвиток центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю в Україні (90-і рр. XX – початок XXI ст.)» обговорено і затверджено на засіданні колективу центру соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями Оболонського району міста Києва «27» жовтня 2020 р., протокол №6.

Директор



Людмила СПІРИНА



УКРАЇНА

ДАРНИЦЬКА РАЙОННА В МІСТІ КИЄВІ ДЕРЖАВНА АДМІНІСТРАЦІЯ
ЦЕНТР СОЦІАЛЬНО - ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ ТА МОЛОДІ З
ФУНКЦІОНАЛЬНИМИ ОБМЕЖЕННЯМИ ДАРНИЦЬКОГО РАЙОНУ МІСТА КИЄВА

02068, м. Київ, Кошівка, 8, тел. факс (044) 560 – 71 – 96, тел. 560-76-66,
E - mail: darницька.rehabcentr@ukr.net Юр. ЄДРПОУ 41065793

20.11.2020 № 96.1/01-05

ДОВІДКА

про впровадження результатів дисертаційного дослідження

Остролуцької Лариси Іванівни на тему:

«Розвиток центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю в Україні (90-і рр. ХХ – початок ХХІ ст.)» на здобуття наукового ступеню кандидата педагогічних наук за спеціальністю 13.00.05 – соціальна педагогіка

Результати дисертаційного дослідження Остролуцької Лариси Іванівни з теми «Розвиток центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю в Україні (90-і рр. ХХ – початок ХХІ ст.)» були впроваджені в процес роботи центру соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями Дарницького району м. Києва.

За програмою дисертанта були проведені курси для спеціалістів за темами «Незалежне життя осіб з інвалідністю в громаді», «Розуміння інвалідності в соціальній роботі», «Правовий підхід в соціальній роботі», «Технології соціальної роботи з особами та сім'ями з інвалідністю».

Теоретична цінність зазначених курсів полягає у поглибленні знань спеціалістів мультидисциплінарної команди центру щодо процесів соціальної реабілітації з дітьми та молоддю з інвалідністю. Практичне значення полягає в удосконаленні професійних компетентностей спеціалістів, відпрацювання сучасних технологій соціальної роботи, впровадження концепції самостійного (незалежного життя) та нормалізації сімей осіб з інвалідністю в діяльність центру.

Апробація результатів дисертаційного дослідження Л.І.Остролуцької свідчать про її високий теоретико-методологічний рівень та доцільність їх подальшого впровадження у теорію і практику професійної підготовки соціальних педагогів і соціальних працівників в Україні.

Результати дисертаційного дослідження Л.І. Остролуцької «Розвиток центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю в Україні (90-і рр. ХХ – початок ХХІ ст.)» обговорено і затверджено на засіданні колективу центру соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями Дарницького району м. Києва «20» листопада 2020 р., протокол № 9

Директор



Людмила НОВІК



УКРАЇНА

**ЦЕНТР СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ
ДІТЕЙ ТА МОЛОДІ З ФУНКЦІОНАЛЬНИМИ ОБМЕЖЕННЯМИ
СОЛОМ'ЯНСЬКОГО РАЙОНУ МІСТА КИЄВА**

вул. Августина Волошина, 2, м. Київ, 03061 тел. (044) 457 12 75, тел. (044) 457 60 42
E-mail: rebcentrsolom@gmail.com Код ЄДРПОУ 38577655

01.12.2020 № 108/413-122

ДОВІДКА

про впровадження результатів дисертаційного дослідження

Остролуцької Лариси Іванівни на тему:

«Розвиток центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю в Україні (90-і рр. XX – початок XXI ст.)» на здобуття наукового ступеню кандидата педагогічних наук за спеціальністю 13.00.05 – соціальна педагогіка

Результати дисертаційного дослідження Лариси Іванівни Остролуцької з теми «Розвиток центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю в Україні (90-і рр. XX – початок XXI ст.)» упроваджувалися в діяльність Центру соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями Солом'янського району м. Києва в 2013-2020 рр.

Л. І. Остролуцькою було запропоновано для впровадження в діяльність центру сімейно-орієнтованого підходу, принципів нормалізації сімей, які виховують дітей та молоді з інвалідністю й самостійного життя осіб з інвалідністю. За результатами апробації наукової роботи Л.І.Остролуцькою разом зі спеціалістами ЦСПРДМФО Солом'янського району було розроблено і проведено в 2014, 2016, 2019 рр. курс «Системний підхід в соціальній роботі з дітьми та молоддю з інвалідністю», семінар «Основи соціальної роботи з сім'ями, які виховують дітей та молоді з інвалідністю для молодих спеціалістів» для фахівців соціальної роботи мережі соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді м. Києва, центрів соціально-психологічної реабілітації для дітей та молоді з функціональними обмеженнями м. Києва. Напрацьований досвід і матеріали знайшли своє використання у впровадженні нормативної бази діяльності центру.

Апробовані результати наукового дослідження Л. І. Остролуцької сприяли розширенню і поглибленню знань спеціалістів, формуванню необхідних компетенцій. Загалом, дослідження Л. І. Остролуцької отримало позитивну оцінку спеціалістів центру і являє собою значний внесок в розвиток вітчизняної соціально-педагогічної науки.

Довідку про впровадження результатів дисертаційної роботи Л. І. Остролуцької затверджено на засіданні колективу центру соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями Солом'янського району м. Києва «01» грудня 2020 р., протокол № 3.

Директор



Тетяна ПАРАСКЕВА



Асоціація психіатрів України

Україна, м. Київ, 03057, вул. Смоленська, 8
E-mail: upa2@i.com.ua

тел.: +380 44 339-9520
Web: www.ukrpsychiatry.org

23.11.2020 № 1-82.19

ДОВІДКА

про впровадження результатів дисертаційного дослідження

Остролуцької Лариси Іванівни на тему:

«Розвиток центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю в Україні (90-і рр. XX – початок XXI ст.)» на здобуття наукового ступеню кандидата педагогічних наук за спеціальністю 13.00.05 – соціальна педагогіка

Результати дисертаційного дослідження Остролуцької Лариси Іванівни з теми «Розвиток центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю в Україні (90-і рр. XX – початок XXI ст.)» були впроваджені в процес роботи Асоціації психіатрів України в 2017-2020 р.р.

Теоретичні й практичні аспекти досліджуваної проблеми висвітлені у публікаціях «Вісника Асоціації психіатрів України» (№ 3-4 2019 р.); доповідях на науково-практичній конференції за міжнародною участю «Перші Донбаські психіатричні читання: проблеми психіатрії у військовий та мирний час» (Кременчук, 9-10 листопада 2018 р.) та засідань правління Асоціації, круглому столі «Реформи і дії: досвід та перспективи центру медико-соціальної реабілітації ТМО «Психіатрія» у м. Києві (10 жовтня 2018 р.), а також пройшли апробацію у відділенні № 6 «Центр медико-соціальної реабілітації» ТМО «Психіатрія», заснований Асоціацією психіатрів України.

Матеріали дисертаційної роботи є актуальними, мають вагомe теоретичне і практичне значення у підготовці соціальних працівників і розвитку науково-методичних концепцій діяльності центрів реабілітації.

Довідку про впровадження результатів дисертаційної роботи Л. І. Остролуцької затверджено на засіданні правління Асоціації психіатрів України «21» листопада 2021 р., протокол № 2.

Президент



Семен Глузман